

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Patrícia Matte Rodrigues

**PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: VIVÊNCIAS DE
PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Santa Maria, RS
2017

Patrícia Matte Rodrigues

**PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: VIVÊNCIAS DE
PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Dorian Mônica Arpini

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rodrigues, Patrícia Matte

Práticas Psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em Residência Multiprofissional em Saúde / Patrícia Matte Rodrigues.- 2017.

145 p.; 30 cm

Orientadora: Dorian Mônica Arpini

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2017

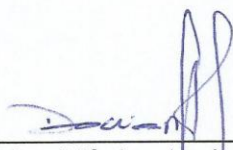
1. Atuação do psicólogo 2. Saúde Pública 3. Sistema Único de Saúde I. Arpini, Dorian Mônica II. Título.

Patrícia Matte Rodrigues

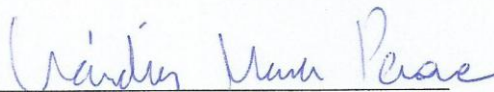
**PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: VIVÊNCIAS DE
PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,
RS), como requisito parcial para obtenção do
grau de **Mestre em Psicologia**.

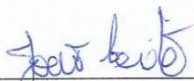
Aprovado em 15 de março de 2017:



Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Claudia Maria Perrone, Dra. (UFSM)



João Leite Ferreira Neto, Dr. (PUC/MINAS)

Santa Maria, RS
2017

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram de alguma forma para a construção deste estudo, fica expressa minha gratidão e carinho, em especial:

Aos meus pais, Valnei e Vera, por todo apoio e cuidado. Agradeço por acreditarem na força da educação e pelo constante incentivo ao longo desta caminhada. Obrigada pelos belos ensinamentos que levo para a vida. Amo vocês.

Ao Marcelo, meu irmão, por dividir comigo tantos momentos, pela parceria, carinho e apoio.

À professora Mônica, que sempre se mostrou uma mestre sensível e generosa. Agradeço imensamente por todo o aprendizado ao longo dos anos de Residência e Mestrado, pelo carinho e por acreditar em mim. Quando falo que a formação é importante, tomo como exemplo professores que fizeram a diferença. Você é uma delas, obrigada por fazer a diferença na minha caminhada.

Aos participantes, pela disponibilidade e generosidade em compartilhar comigo suas histórias. Agradeço pela carinhosa acolhida.

Às amigas, Juliana, Ronize e Cristiane, que encontrei durante a graduação, e que levo para a vida. Agradeço pela amizade sincera e pelo imenso carinho.

Às coordenadoras da Residência do GHC e ESP/RS, muito obrigada.

À Camila, por dividir comigo esse momento de mestranda. Agradeço pela parceria.

Ao grupo NEIAF, agradeço pelos encontros, aprendizados e o convívio nesses dois anos.

À equipe da tutoria da Psicologia: Patrícia, Pâmela, Catheline, Leonardo, Jessica, Ana, Rafaela e Caroline pelas importantes discussões e provocações presentes em nossos encontros.

RESUMO

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

AUTORA: Patrícia Matte Rodrigues
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini

Estudos assinalam para um desequilíbrio entre as práticas desenvolvidas por psicólogos na atenção básica e as demandas específicas desse contexto. Tais estudos apontam para a simples transposição do modelo clínico tradicional sem a devida contextualização que esse cenário requer, além de dificuldades no trabalho em equipe. Assim, entende-se que a psicologia apresenta o desafio de qualificar sua formação para atuar em concordância com os princípios do SUS. Diante desse desafio, a psicologia tem encontrado nas Residências Multiprofissionais em Saúde uma oportunidade de formação diferenciada da graduação que busca qualificar sua atuação para um trabalho no sistema público. Com base nisto, o presente estudo teve por objetivo conhecer a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica. Para tanto, se realizou uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, sendo que a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada. Após a transcrição das entrevistas, a análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo. A pesquisa contou com a participação de oito psicólogos residentes vinculados a dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde, do município de Porto Alegre, RS. Os resultados foram apresentados em três artigos. O primeiro artigo teve como resultados a valorização da Residência como um cenário de aprendizagem, o qual possibilitou aos psicólogos experimentar conhecimentos e situações do cotidiano do SUS, permitindo erros, novas tentativas e a construção e reformulação de ideias. Foram problematizados aspectos da carga horária e a relação residente e equipe de saúde. O segundo artigo teve como foco a formação acadêmica em psicologia para um trabalho na atenção básica. Os resultados evidenciaram importantes movimentos de aproximação dos cursos de graduação em psicologia com as temáticas do SUS, Saúde Coletiva e Políticas Públicas. Do mesmo modo, apontou-se para a importância de docentes identificados com as propostas do SUS, assim como o entendimento da disciplina de grupos como um subsídio importante da atuação do psicólogo na atenção básica. O terceiro artigo apresentou uma significativa mudança no modo como os residentes da psicologia têm concebido o papel do psicólogo na atenção básica. Tal entendimento, não restrito a aspectos intra-individuais, volta-se para ações ampliadas e interdisciplinares. Porém, a cobrança por atendimentos individuais e a grande demanda para a psicologia foram destacadas como desafios presentes no desenvolvimento dessas práticas. Diante dos dados obtidos nos três artigos concluiu-se que a Residência tem possibilitado aos psicólogos espaços de experimentação e de criatividade, auxiliando na construção de práticas mais alinhadas aos pressupostos da atenção básica, superando a simples transposição de práticas.

Palavras-chave: Atuação do psicólogo; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL PRACTICES IN PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCES OF PSYCHOLOGISTS FROM A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH CARE

AUTHOR: Patrícia Matte Rodrigues
MENTOR: Prof^a Dr^a Dorian Mônica Arpini

Some studies indicate a misbalance between the practices developed by primary health care psychologists and the specific demands of this context. Those studies point out to a mere transposition of the traditional model of clinic, without the proper contextualization that this area requests, besides some difficulties in teamwork. Thus, it is understood that psychology faces a challenge in qualifying its training in order to perform accordingly to the principles of the Brazilian Health Care System (*SUS*). Towards this challenge, psychology has found in the Multiprofessional Residencies in Health Care an opportunity of a training, which is diverse from that offered in undergraduate courses, that aims to qualify its practices for the work in public health care. Based on that, this research aimed to acknowledge the professional practices of psychologists who are part of a Multiprofessional Residency in Health Care Program, in the context of primary health care. Therefore, it was conducted a qualitative and exploratory research. The data collection was performed with semi-structured interviews. After the transcription of the interviews, data analysis followed the content analysis technique. The participants were eight psychology residents in the programs of Multiprofessional Residency Programs of two higher education institutes, from the city of Porto Alegre, Brazil. The results were discussed in three articles. The first article discussed the value granted to the Residency as an area of learning, which had given the psychologists the possibility of experiencing knowledge and daily situations found in *SUS*' context, allowing mistakes, innovations and the construction and reformulation of ideas. There were discussed aspects related to the workload and the relationship between residents and health care team. The second article focused on the undergraduate training in psychology for working in primary health care. The results showed important movements of approximation between the psychology undergraduate courses and themes such as *SUS*, Community Health and Public Policies. In addition, it was pointed out to the importance of professors who are identified with the *SUS*'s proposals, as well as the value given to the discipline of groups as an important tool for the practice of psychologists in primary health care. The third article reported a significant change in the way that the psychology residents have conceived the psychologist's role in primary health care. Such comprehension, not restricted to intra-individual aspects, drives to expanded and interdisciplinary practices. However, it was emphasized the charge for individual appointments and the large demand for the area of psychology. Based on the data obtained by the three articles, it was concluded that the Residency has enabled psychologists to experiment and create, which has been supporting the construction of practices more aligned to the principles of primary health care, overcoming the mere transposition of practices.

Keywords: Psychologist practices; Public Health Care; *Sistema Único de Saúde*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica à saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CCSH – Centro de Ciências Sociais e Humanas

CEIDS – Centro Estadual de Informação e Documentação em Saúde

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESP – Escola de Saúde Pública

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

MDT – Estrutura e apresentação de Monografias, Dissertações e Teses

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RIS – Residência Integrada em Saúde

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

RMISPS – Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

RMSFC – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

RS – Rio Grande do Sul

R2 – Residente do segundo ano

SFC – Saúde da Família e Comunidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

UNIFRA – Centro Universitário Franciscano

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
2. APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA DA PESQUISADORA	12
3. INTRODUÇÃO	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA	16
4.2 A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: "NOVO" CONTEXTO E OS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO.....	19
4.3 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS	23
4.3.1 A Psicologia na Residência Multiprofissional em Saúde	26
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
5.1 DELINEAMENTO.....	28
5.2 CONTEXTO DA PESQUISA.....	30
5.2.1 Instituição 1 - Escola de Saúde Pública (ESP/RS)	30
5.2.1.1 <i>Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP)</i>	31
5.2.2 Instituição 2 - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	32
5.2.2.1 <i>Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC)</i>	32
5.3 PARTICIPANTES	33
5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	36
5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	39
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
6 ARTIGO 1	44
Resumo.....	45
Abstract.....	46
Introdução	47
Caminho Metodológico.....	50
Resultados e discussão.....	54
Considerações finais	77
Referências	79
7 ARTIGO 2	83
Resumo.....	84
Abstract	85
Introdução	86
Caminho Metodológico.....	88
Resultados e discussão.....	91
Considerações finais.....	104
Referências.....	105
8 ARTIGO 3	109
Resumo.....	110
Abstract.....	111
Introdução.....	112
Caminho Metodológico	115
Resultados e discussão.....	118
Considerações finais	126
Referências	127
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	141
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	142

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	143
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	145

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a dissertação de mestrado intitulada “Práticas Psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em Residência Multiprofissional em Saúde”. Para sua apresentação, optou-se pela organização de três artigos, o que é admitido institucionalmente, de acordo com o Manual de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2015). Compreende-se que publicar a presente dissertação em tal formato é uma forma de ir ao encontro a um dos objetivos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), o qual tem por intuito estimular a produção científica dos pesquisadores docentes e discentes nele inseridos.

Considerando tais apontamentos, essa dissertação foi estruturada em oito capítulos. O primeiro deles traz uma breve contextualização da trajetória acadêmica da pesquisadora, descrevendo as motivações que levaram a realização deste estudo. O segundo capítulo apresenta a introdução da dissertação. O terceiro capítulo, por sua vez, aborda os aspectos teóricos envolvidos no estudo, os quais embasaram a construção dos artigos, principalmente a introdução dos mesmos.

No quarto capítulo, é apresentada a trajetória metodológica realizada pela pesquisadora para a construção desta pesquisa. O estudo foi qualitativo de caráter exploratório, e utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, tendo sido os dados coletados analisados através da análise de conteúdo temática.

Por sua vez, os três capítulos seguintes trazem as discussões oriundas do trabalho de pesquisa, sob o formato de artigos científicos. O primeiro artigo desenvolvido tratou sobre o cenário de formação em serviço da Residência Multiprofissional em Saúde. O segundo artigo abordou a questão da formação acadêmica em psicologia para um trabalho no SUS e na atenção básica. Já o terceiro artigo apresenta a discussão sobre a prática de psicólogos, vinculados a Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica. Por fim, no oitavo e último capítulo, são tecidas as considerações finais do presente estudo, retomando as questões trabalhadas nos artigos apresentados e expondo algumas das percepções da pesquisadora ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

2. APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA DA PESQUISADORA

O interesse pela temática da atuação do psicólogo na atenção básica (AB) se produziu em dois momentos de minha trajetória acadêmica. O primeiro deles, durante a prática do estágio curricular do Curso de Psicologia realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos anos de 2009 e 2010. Neste período vários questionamentos emergiram sobre o trabalho do psicólogo nesse cenário: “O que faz um psicólogo na AB?” “Que atividades são possíveis de desenvolver nesse contexto?” “Qual seu papel na equipe multiprofissional?” “Como trabalhar em equipe?”. Essas foram algumas das inquietações que estiveram presentes em meu dia a dia de estágio, e que me estimularam a querer saber mais sobre o assunto.

Foi durante essa experiência que conheci a RMS e sua proposta inovadora de trabalho integrado, interdisciplinar e voltado para as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Após um ano de estágio na ESF decidi continuar próxima a área da saúde, agora como monitora da disciplina de “Psicologia e Saúde Coletiva”, que era ministrada pela minha antiga supervisora de estágio.

Uma das atividades propostas pela disciplina tinha o objetivo de promover uma discussão sobre o trabalho do psicólogo na área da saúde. Tal atividade contava com a participação de psicólogos que atuavam nesse cenário. Assim, foram convidadas três psicólogas residentes, duas que atuavam na atenção básica e uma pertencente à área hospitalar. As residentes falaram sobre o seu trabalho, sobre o funcionamento da RMS, na forma como elas vivenciavam o trabalho em equipe, quais atividades desenvolviam, os desafios e potencialidades da formação na RMS.

Ouvir suas histórias fez com que eu tivesse certeza que queria cursar a RMS. Então, após a conclusão do Curso de Psicologia no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) optei por realizar o Curso de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), com ênfase em Atenção Básica/ESF, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Como residente multiprofissional vivenciei experiências que enriqueceram minha formação, que fizeram com que eu refletisse sobre os modos de cuidado com a saúde e repensasse meu papel como psicóloga na atenção básica. Novos questionamentos foram provocados. Lembro que um desafio constante era organizar meu modo de trabalho de forma a contemplar as particularidades do contexto e o modo de vida dos usuários. Tal questão se apresentou como um grande desafio, pois demandava grande investimento de tempo e disposição para trabalhar com diferentes profissionais e serviços. Além disso, em muitos

momentos, era preciso discutir com os demais profissionais sobre qual meu papel na equipe e quais práticas estaria desenvolvendo no território, pois percebeu-se que a equipe multiprofissional tinha a expectativa que a psicologia desenvolve-se, preferencialmente, atendimentos clínicos individuais.

Naquela época o município de Santa Maria não contava com psicólogos no nível primário de saúde. Isso fazia com que o núcleo só estivesse na atenção básica através de estágios curriculares e da RMS. Assim, foi preciso construir um espaço da psicologia nesse contexto, o que não se configurou tarefa fácil.

Essas duas vivências foram marcantes em minha trajetória e é por causa delas que meu interesse no trabalho do psicólogo na atenção básica só faz crescer. Devido à experiência como residente multiprofissional na AB procurei aprofundar meus estudos na temática, agora incluindo as RMS, já que se apresentam como um importante processo de formação para o trabalho no SUS e que podem favorecer o desenvolvimento de práticas profissionais mais adequadas aos diferentes contextos da saúde.

Além disso, poucos foram os trabalhos encontrados que tratam da inserção do psicólogo em RMS na atenção básica e seus efeitos para a formação e a prática profissional. A maior parte dos trabalhos que abordam as RMS contemplam o contexto hospitalar e o nível de atenção secundária (MORAIS; CASTRO; SOUZA, 2012; SILVA; SERRALHA; LARANJO, 2013; LIMA; SANTOS, 2012; MULLER; HAAG; SILVA, 2001; MENDES et al., 2011). Os estudos que se voltam para a inserção e atuação da psicologia na atenção básica, mas não em RMS, apontam que o psicólogo não tem ocupado seu lugar nesse contexto de forma adequada e coerente com os princípios do SUS (SPINK; MATTA, 2010; ROMAGNOLI, 2006).

Assim, acredita-se que os achados do presente estudo possam contribuir, de forma significativa, para a compreensão do modo como os psicólogos organizam suas práticas no cenário da atenção básica inseridos em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde: se, apesar de uma formação pós-graduada voltada para um trabalho no SUS, continuam a desenvolver práticas incompatíveis com o contexto, ou se diante da inserção na RMS e a oportunidade de aprendizagem voltada para a saúde pública, buscam criar novas formas de fazer psicológico, novos modos de atuação na AB. Desse modo, compreender como os psicólogos, vinculados a RMS, têm desenvolvido suas práticas na AB, se mostra fundamental para auxiliar na discussão da formação em Psicologia para o SUS através das RMS.

3. INTRODUÇÃO

Este estudo objetiva conhecer a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica. Para tanto, se faz necessário compreender como a psicologia tem atuado nesse nível de atenção à saúde, e como tem ocorrido sua inserção nas RMS.

Estudos apontam para um desequilíbrio entre as práticas desenvolvidas pelos psicólogos na atenção básica e as demandas específicas desse contexto (BÖING; CREPALDI, 2010; DIMENSTEIN; MACEDO, 2010; SPINK; MATTA, 2010; DIMENSTEIN, 1998; ROMAGNOLI, 2009). Tais estudos indicam que as ações desenvolvidas não estão em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Destacam-se a transposição do modelo clínico tradicional, ações descontextualizadas e dificuldades de trabalho em conjunto com outros profissionais (DIMENSTEIN, 1998; BÖING; CREPALDI, 2010). Dessa forma, a psicologia tem como um de seus grandes desafios a qualificação da formação para atuar em concordância com os princípios do SUS.

A formação dos profissionais da saúde é um dos fatores que mais se tem discutido quando se fala em uma atuação em conformidade com as leis que regem o sistema de saúde brasileiro. Uma das alternativas que pode auxiliar na qualificação dos psicólogos para o trabalho no SUS é a Residência Multiprofissional em Saúde. A Residência Multiprofissional apresenta-se como uma modalidade de pós-graduação de formação em serviço, regulamentada no ano de 2005 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. Apresenta como proposta pedagógica capacitar profissionais para o exercício de práticas ancoradas nos preceitos do SUS, visando à integralidade e interdisciplinaridade (BRASIL, 2012a).

Dimenstein e Macedo (2012) apontam que a RMS tem conseguido gerar importantes mudanças na formação da pós-graduação. Os autores afirmam que a psicologia se configura como um dos cursos com maior número de profissionais nas Residências, porém, ainda há pouca discussão sobre a participação da psicologia nesse cenário e suas implicações na cultura e prática profissional.

Assim, este estudo teve como objetivos identificar quais atividades eram desenvolvidas pelos psicólogos no contexto da RMS na atenção básica; assim como entender as dificuldades e desafios presentes no dia a dia de trabalho. Além disso, buscou identificar se a formação profissional recebida pelos psicólogos na graduação foi condizente com as

exigências do trabalho nesse cenário, bem como conhecer quais os possíveis aportes que a RMS oferece as práticas profissionais dos psicólogos no nível de atenção primária.

Com vistas a atender os objetivos propostos, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa da qual participaram oito psicólogos residentes de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do município de Porto Alegre, RS. Os psicólogos faziam parte das áreas de ênfase Saúde da Família e Comunidade, e Atenção Básica em Saúde Coletiva, as quais são desenvolvidas no nível de atenção primária à saúde.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão teórica da presente pesquisa está dividida em três tópicos. O primeiro tópico se propõe a discutir particularidades presentes no nível de atenção primária, bem como apresenta a Portaria que regulamenta esse cenário de cuidado à saúde.

O segundo tópico versa sobre as práticas dos psicólogos na atenção básica e a formação voltada para o trabalho nesse contexto, e no terceiro é dado destaque para a experiência das Residências Multiprofissionais em Saúde e seu papel na formação de profissionais em consonância com os princípios do SUS. Além disso, será abordada a inserção da psicologia na RMS.

4.1 ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde é considerado o arranjo organizacional responsável pela efetivação da política de saúde no Brasil (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Está pautado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A atenção à saúde no SUS está organizada em três níveis, a saber: Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), organizada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF); a média complexidade, composta por serviços especializados e a alta complexidade, que corresponde ao atendimento hospitalar.

A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde do SUS. É considerada a principal porta de entrada dos serviços públicos de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção a população ao longo do tempo e da rede de saúde (STARFIELD, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Conforme a PNAB, a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que tem a finalidade de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2011). Assim, suas ações são orientadas pelos princípios da universalidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da responsabilização, da equidade e da participação social.

A PNAB define que a AB deve considerar o sujeito de forma integral, em sua complexidade, inserido em um contexto social, econômico e cultural. Assim sendo, a atenção

básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas, sanitárias, gerenciais e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais tem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

Compreende ações integrais que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, além da função de organizar todo o sistema de saúde (BÖING; CREPALDI, 2010). Campos et al. (2010) afirmam que a Atenção Primária é considerada um arranjo assistencial importante para países que buscam um sistema de saúde qualificado e onde a saúde seja considerada um direito de cidadania. Nesse sentido, Mendonça (2009) aponta que existem evidências suficientes para se investir na AB. Países cujos sistemas de saúde se estruturam a partir dos preceitos desse nível de atenção alcançam melhores resultados em saúde com maior satisfação dos usuários, maior equidade e menor custo, mesmo com a presença de grande desigualdade social, como acontece em nosso país.

No Brasil, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são utilizados como sinônimos. O primeiro termo é utilizado particularmente no contexto público de saúde do Brasil, enquanto o segundo é empregado internacionalmente e visa ações de promoção e prevenção (BÖING; CREPALDI, 2010). Em um livro dedicado à APS, Starfield (2002) afirma que uma Atenção Primária forte reflete um sistema de saúde forte, isso porque a APS “é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (STARFIELD, 2002, p. 26).

Apesar disso, Campos et al. (2010) assinalam uma questão interessante: as terminologias “Atenção Básica” e “Atenção Primária”, parecem representar no imaginário popular o significado de algo elementar, de menor complexidade. Isso pode nos levar a pensar em um nível onde se trabalha apenas com problemas simples e de fácil solução, o que exigiria uma menor qualificação técnica dos profissionais das equipes. Tal constatação se mostra um equívoco, pois nesse contexto os profissionais precisam lidar com questões inerentes ao espaço/território no qual estão inseridos, as quais influenciam na forma como se dá o cuidado à saúde da população.

Nesse sentido, Cezar, Rodrigues e Arpini (2015) apontam que o profissional que atua na atenção básica deve estar disposto a se relacionar com diferentes setores, para além da Saúde, como a Assistência Social, a Educação, a Justiça e o Meio Ambiente. Tal postura configura-se um desafio aos profissionais, pois demanda grande investimento de tempo, além

da necessidade do desenvolvimento de parcerias para a construção de novas possibilidades de atuação, que sejam mais condizentes com a realidade dos territórios nos quais estão inseridos.

Assim, trabalhar com um modelo de saúde voltado as necessidades das comunidades pressupõe a transposição dos muros dos serviços de saúde e o estabelecimento de relações mais próximas e pautadas no vínculo profissional-usuário. Colaborando, Mendes (1996) afirma que as tecnologias utilizadas na Atenção Básica podem ser consideradas de menor densidade e maior complexidade, uma vez que são empregados recursos de baixo custo, com relação a equipamentos diagnósticos, e se utilizam de conhecimentos das ciências humanas e sociais para a compreensão do processo saúde-doença e intervenção individual e coletiva.

Merhy (1997) traz a discussão sobre o trabalho vivo produzido no encontro entre profissional e usuário, o qual denomina de trabalho leve. O autor coloca que a abordagem assistencial do profissional se produz por meio do trabalho vivo em ato, através de um processo de relações, do encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, gerando momentos de acolhida e cumplicidade, que resultam em uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. No processo de construção dessa relação, a participação ativa dos usuários é incentivada em prol de uma corresponsabilização por sua saúde, de modo a não serem apenas simples objetos de ações dos profissionais.

Com o intuito de fortalecer os princípios estabelecidos pela Atenção Básica, foi desenvolvido no ano de 1994, o Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF apresenta-se como forma de expansão e consolidação da AB no país. Seu desafio é organizar a reorientação do processo de trabalho, visando a uma maior resolubilidade da atenção à saúde. Assim, apoia-se no trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial, apresentando uma concepção de saúde que pretende a superação do modelo centrado na doença e o desenvolvimento de estratégias que abordem a complexidade das demandas de saúde (MADEIRA, 2009; FERIOTTI, 2009; BRASIL, 2011).

Romagnoli (2009) pontua que a Saúde da Família pode ser entendida como uma nova forma de cuidado da saúde, que implica a produção de novas subjetividades, tanto nos profissionais quanto nos usuários, respeitando as relações estabelecidas com a saúde e a pluralidade dos contextos em que se inserem. Além disso, pretende estabelecer uma parceria com as famílias considerando uma nova proposta de saúde, mais próxima a comunidade, pensando em um cuidado territorial. Contribuindo com as discussões, Franco e Merhy (2007) assinalam que a Saúde da Família nasce com o intuito de superar um modelo de assistência à

saúde considerado ineficiente e responsável pela insatisfação da população e desqualificação profissional.

Mendonça (2009) indica que o fortalecimento da AB no Brasil tem sido um processo gradativo, demonstrado no aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família. Em sua última atualização, ocorrida no mês de setembro, o Departamento de Atenção Básica constatou 48.580 equipes de Saúde da Família atuantes em todo o país (BRASIL, 2016).

Tais equipes devem ser compostas de forma multidisciplinar, com a presença de um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem contar, também, com dentista e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2011). A essa configuração dá-se o nome de equipe mínima de saúde.

Em suas discussões, Campos et al. (2010) assinalam que há experiências da inserção de outros profissionais nas equipes da AB, ainda que o núcleo da equipe seja mantido como referência. Os autores apontam a criação de equipes de Saúde Mental, Nutrição, Reabilitação, entre outras, que constituem redes de apoio matricial as equipes de ESF, formadas a partir das necessidades locais e regionais.

4.2 A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: “NOVO” CONTEXTO E OS DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO

O enfoque na Atenção Básica à saúde e no trabalho multiprofissional, no qual se inseriu o psicólogo, teve incentivo através de documentos internacionais como a Declaração de Alma-Ata (1978), sobre cuidados primários de saúde, e a Carta de Ottawa (1986), sobre promoção da saúde, que contribuíram para o investimento em ações sanitárias no Brasil (ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012).

Estudos indicam que atividades ligadas à prática da psicologia junto aos serviços públicos de saúde são datadas da década de 1950, quando os psicólogos começam a atuar em programas de saúde do trabalhador e na saúde materno-infantil (SPINK; MATTA, 2010). Porém, a inserção da psicologia na saúde é considerada recente, já que os primeiros concursos públicos que envolviam a contratação de psicólogos ocorreram na década de 1980 (SEBASTIANI, 2000; SPINK, 2003).

Dimenstein e Macedo (2010) assinalam que na década de 80 a entrada de psicólogos na saúde pública estava bastante atrelada aos movimentos da Reforma Sanitária. Além disso, dois aspectos contribuíram para a presença deste profissional na área: a redução do mercado de trabalho voltado para atendimentos psicológicos privados, devido à crise econômica pela

qual passava o país, e a crítica ao modelo clínico tradicional, o qual não apresentava significado social e que incitava o surgimento de práticas socialmente mais adequadas e relevantes (CARVALHO; YAMAMOTO, 2002).

Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, a saúde passa a ser vista não apenas como ausência de doença, mas na sua relação com aspectos físicos, sociais, econômicos e psíquicos a que o sujeito se submete (FREIRE; PICHELLI, 2010). Desse modo, a saúde torna-se multidisciplinar, baseada na noção de integralidade, o que mobilizou a inclusão de novos atores nas equipes de saúde, entre eles, o psicólogo (SPINK; MATTA, 2010).

Assim, atualmente, a psicologia encontra na área da saúde um de seus grandes campos de atuação. No primeiro semestre de 2006 foram contabilizados 14.407 psicólogos atuando no sistema público (SPINK et al., 2010). Além disso, estudos apontam que a inserção de profissionais da psicologia em serviços de saúde, em especial, no contexto da atenção primária através das UBS e ESF se mostra cada vez mais presente (FREIRE; PICHELLI, 2010).

De acordo com Boarini (2008), o psicólogo, ao optar pelo trabalho na atenção básica, deve ter como princípio contribuir para alcançar os objetivos pelos quais esse nível foi desenvolvido. Assim, seus planos e práticas devem estar baseados em decisões e reflexões interdisciplinares, voltadas para o coletivo, o que não significa uma somatória de conhecimentos ou a não utilização de atendimento individual.

Porém, não são poucos os estudos que apontam que as práticas desenvolvidas pelos profissionais da psicologia no nível primário de saúde se apresentam distantes das necessidades da população e princípios do SUS (DIMENSTEIN, 1998, 2001; BÖING; CREPALDI, 2010; DIMENSTEIN; MACEDO, 2010; SPINK; MATTA, 2010). Os autores assinalam que os psicólogos têm desenvolvido práticas inadequadas ao espaço da AB, com a simples transposição do modelo clínico tradicional sem a devida contextualização que o cenário requer, além de dificuldades que o profissional tem apresentado no trabalho interdisciplinar. Spink e Matta (2010) apontam que muitos psicólogos, apesar de estarem em espaços hospitalares e em unidades na AB, desenvolvem ações prioritariamente ambulatoriais.

Em estudo desenvolvido por Lima (2005), a autora descreve três modalidades de trajetória profissional de psicólogos nos serviços de saúde pública: a) *de conflito*, o qual tende à ociosidade do psicólogo; b) *de reprodução*, que apresenta o isolamento típico de uma

assistência ambulatorial; e c) *de construção*, o qual apresenta certa abertura para a busca de uma atuação para além da clínica tradicional.

Nas duas primeiras trajetórias, a autora identifica certa tendência à compreensão limitada do fenômeno psicológico, no qual a escuta das narrativas dos usuários está, predominantemente, limitada a aspectos intra-individuais. Já a trajetória *de construção* apresenta certa abertura para o uso de outras técnicas de intervenção, com a utilização do trabalho em grupo e de uma compreensão mais ampla do fenômeno psicológico, a qual inclui as questões sociais e as condições de vida dos usuários como aspectos que influenciam em sua saúde.

Dificuldades no trabalho do psicólogo também foram percebidas em estudo realizado no município de João Pessoa/PB. Os profissionais da psicologia que atuavam em UBS e ESF apresentaram deficiências no conhecimento diante das políticas públicas, especialmente, sobre o SUS (FREIRE; PICHELLI, 2010). Nesse sentido, parece que apesar do psicólogo ter se inserido tanto no contexto hospitalar como em ambulatórios de saúde, o nível de atenção primária acaba por provocar um conjunto maior de dificuldades no trabalho deste profissional convocando o olhar dos estudiosos na busca de seu enfrentamento (GOYA; RASERA, 2010).

A literatura destaca que um dos desafios que o psicólogo enfrenta ao trabalhar no sistema de saúde brasileiro é de uma formação mais próxima da realidade do SUS e de seus usuários (DIMENSTEIN; MACEDO, 2010). Os autores afirmam que a formação em saúde mais alinhada aos ideais do SUS constitui-se uma preocupação para grande parte das profissões da área da saúde, já que tal contexto demanda uma formação que considere os diferentes contextos, um conhecimento interdisciplinar e a produção de práticas voltadas às necessidades da população.

No caso da psicologia, a formação acadêmica apresenta-se como um dos grandes desafios a serem superados, pois parece ainda haver predominância de um referencial centrado no modelo hegemônico de atuação, clínico e individualista (DIMENSTEIN, 1998, 2000; SPINK; MATTA, 2010). Tal questão é corroborada por Romagnoli (2006) ao afirmar que a formação em psicologia ainda é, predominantemente, dentro de uma proposta de clínica tradicional, voltada para uma formação clássica, o que não oferece ao psicólogo, ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuar no SUS. A autora ainda coloca que o psicólogo apresenta uma constante dificuldade de ousar, de inventar novas metodologias que estariam mais adequadas ao trabalho com grupos, famílias e comunidades. Trata-se de uma formação que contribui para ausentar o profissional de sua responsabilidade social (DIMENSTEIN, 2000).

Colaborando com as discussões, Archanjo e Schraiber (2012) apontam que ao atuar no setor público, o psicólogo se defronta com duas atuações distintas daquela aprendida em sua formação: uma clínica institucionalizada ou modificada e uma atuação sanitária, voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa nova realidade faz com que as práticas psicológicas passem a ser questionadas. A clínica institucionalizada, segundo Figueiredo (2010), apresenta a perda da autonomia do profissional, que agora trabalha em equipe e a perda do controle sobre o caso, que se torna compartilhado. Além disso, a autora coloca a questão da remuneração do psicólogo, que se torna assalariado e tem sua relação com a clientela, não mais de classe média e alta, modificada.

A literatura aponta para uma questão importante que envolve a inserção da psicologia na atenção básica: a de que não basta apenas ocupar esse novo espaço, isso não garante mudanças. É preciso que essa inserção se faça acompanhar da reflexão sobre os aspectos que envolvem a formação para o trabalho na AB, a importância e o papel do psicólogo neste contexto, bem como uma preocupação com a organização do trabalho de modo que se tenha o cuidado de não fazer a simples transposição das práticas dos consultórios e ambulatórios de saúde (SOARES 2005; ROMAGNOLI, 2006).

Em estudo realizado por Yamamoto et al. (2001), o qual tinha o objetivo de conhecer os locais de atuação dos psicólogos vinculados ao CRP – 13 (RN) e as práticas neles desenvolvidas, os resultados indicaram que independente do contexto no qual o psicólogo estava inserido, suas atividades eram aquelas consagradas pela prática tradicional. No caso da atenção básica, o estudo aponta como um local em que a presença do profissional não pode ser considerada como pertencendo ao perfil tradicional do psicólogo, mas que segue, em sua maioria, a realização de práticas desenvolvidas em consultórios particulares, tais como psicoterapia, orientação de pais, diagnóstico psicológico/avaliação, entre outras ações.

Nesse sentido, Lima (2005) discute um exemplo de atuação psicológica incompatível com o contexto de uma UBS, na qual a psicóloga, mesmo dizendo-se ociosa e percebendo a inadequação da proposta, mantinha a oferta de psicoterapia, na qual os usuários não permaneciam. Percebe-se pelo exemplo a dificuldade do psicólogo em estabelecer uma prática mais integrada e compatível com a realidade dos serviços de saúde pública, mantendo técnicas que foram construídas e utilizadas com uma determinada camada social, em sua maioria muito verbal e intelectualizada (BOCK, 1999). Segundo a autora, é necessário inovar a partir das características da população a ser atendida, adaptando nosso saber a demanda e a realidade que se apresenta.

Romagnoli (2009) aponta que nesse contexto de saúde o psicólogo tem a possibilidade de desenvolver um trabalho para além da visão clínica tradicional, voltada para uma clínica de promoção de saúde, multideterminada, que ainda é pouco conhecida pela psicologia. Desse modo, pode vir a contribuir para uma compreensão integral e contextualizada do indivíduo, das famílias e da comunidade (BÖING; CREPALDI, 2010).

4.3 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS

Desde a implantação do SUS tem-se discutido propostas de mudanças na formação dos profissionais da saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Percebeu-se que o modelo de formação voltado para práticas individuais, caracterizado pela fragmentação do conhecimento e pela divisão do trabalho intelectual (GOMES, 1997) não contemplava a complexidade do processo saúde e doença e novas estratégias de cuidado/atenção à saúde precisavam ser desenvolvidas.

Atualmente, vários estudos debatem a temática da formação dos profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; CARVALHO, 2006; PIZZINATO et al., 2012). Ceccim e Carvalho (2006) apontam que o ensino na saúde tem apresentado uma pedagogia que separa formação e trabalho, com o predomínio de uma orientação pela doença e pela reabilitação.

Tais fatores contribuem para a formação de um grande número de profissionais distantes da realidade do SUS. Através de seus estudos, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que a formação voltada para o campo da saúde deveria visar à transformação das práticas profissionais através da problematização do processo de trabalho englobando aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e o conhecimento adequado do SUS. Assim, entende-se que problematizar a formação significa problematizar os modos de cuidado à saúde que vem sendo desenvolvidos pelos profissionais da área.

Um das estratégias encontradas pelo Ministério da Educação e da Saúde para aprimorar o conhecimento dos profissionais da área da saúde e capacitá-los para uma atuação condizente com os princípios do SUS são os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Tais Programas foram desenvolvidos através de parcerias estabelecidas entre o Ministério da Saúde, Instituições de Ensino Superior e secretarias municipais de saúde (BÖING; CREPALDI, 2010).

No Brasil, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são desenvolvidos desde o ano de 1975, e a partir de 2002 as Residências Multiprofissionais em Saúde passaram a receber apoio do Ministério da Saúde, através do projeto ReforSUS. Sua regulamentação ocorreu em 2005, através da Lei 11.129, que instituiu as Residências como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu voltada para a formação em serviço de profissionais da área da saúde, exceto a categoria médica (BRASIL, 2006, 2012a).

Seu plano de ação é qualificar profissionais da saúde, de preferência recém-formados, para o mercado de trabalho, principalmente para atuação no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005, 2012a). Assim, as RMS surgem como espaços privilegiados de formação, com potencialidades diversas, propondo um caminho que busca integrar conhecimento e ação, através da valorização de diversos saberes e práticas. Sendo assim, devem ser desenvolvidas em regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos. Possuem carga horária de 60 horas semanais, divididas em atividades práticas e teórico-reflexivas, e contam com supervisão docente assistencial (BRASIL, 2012a).

As RMS contemplam diversas profissões, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Porém, cada Programa estrutura seu quadro de profissões de acordo com as necessidades e demandas do local. As RMS são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas (BRASIL, 2012a).

Para ser considerada uma Residência Multiprofissional em Saúde, o Programa deve ser constituído por, no mínimo, 3 profissões da área da saúde. Do mesmo modo, deve estar orientado por estratégias pedagógicas que se utilizam de diferentes cenários de aprendizagem, adotando metodologias da clínica ampliada, de modo a garantir uma formação multidisciplinar, interdisciplinar e fundamentada na atenção integral à saúde (BRASIL, 2012a).

Segundo a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde podem ter diferentes áreas de concentração, que deverão ser normatizadas. As áreas de concentração podem ser entendidas como um campo delimitado e específico de conhecimentos na esfera da atenção à saúde e gestão do SUS. Constituem-se como o objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais que a escolhem. Devem ser organizadas segundo a lógica de atenção à saúde do SUS e as prioridades loco regionais (BRASIL, 2012a).

Lobato, Melchior e Balduy (2012) afirmam que os conceitos que envolvem as RMS estão centrados nas necessidades de saúde da população, no trabalho em equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira. Reforçando tal entendimento, Pasini (2010) aponta que as RMS apresentam objetivos que

...falam da produção de trabalhadores da saúde capazes de desenvolver seu trabalho com outros profissionais, compartilhando saberes e modos de fazer em diferentes espaços de cuidado, articulando atenção em saúde e gestão do cuidado e de serviços de saúde, atento ao cotidiano para poder problematizá-lo, produzindo conhecimentos que modifiquem as ações de saúde no sentido da promoção das condições de vida em um determinado contexto, conforme preconizam os princípios que regem o atual sistema de saúde brasileiro. (PASINI, 2010, p. 17).

A partir disso, pode-se pensar que a ideia de incorporar diversas formações acadêmicas parte do princípio da complexidade que envolve o processo saúde e doença. Assim, para uma atenção integral à saúde tornam-se necessários diferentes saberes e diferentes olhares sobre o indivíduo. Dessa forma, a RMS pode ser entendida como uma estratégia para a superação do modelo biomédico, pautada em uma metodologia de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que busca formar profissionais críticos e implicados com os princípios do SUS (BRASIL, 2006). Estudos apontam que as RMS têm conseguido promover mudanças importantes referentes à formação na área da saúde (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

No Brasil, os cursos de capacitação em saúde da família, na modalidade de residência ou especialização, têm sido pautados no caráter multiprofissional. Tais cursos se apresentam como espaços importantes de desenvolvimento de práticas interdisciplinares, as quais ainda não recebem a devida ênfase nos cursos de graduação (LOCH-NECKEL et al., 2009). Böing e Crepaldi (2010) assinalam que o trabalho interdisciplinar se torna uma necessidade do profissional de saúde. Segundo as autoras, o saber interdisciplinar surge como alternativa de se promover interação entre as diferentes áreas do conhecimento, propiciando uma visão que transcende a especificidade do saber de cada profissional, resultando em uma atuação ampla e contextualizada.

Porém, Figueiredo (2010) ressalta que não basta apenas unir os trabalhadores em equipes esperando que estes tenham um bom convívio, é preciso que os profissionais construam um trabalho em equipe. Nesse sentido, para que a interdisciplinaridade ocorra é fundamental que o papel de cada profissional esteja claro, não somente para facilitar a

comunicação entre os diversos profissionais, mas também para aumentar a eficácia das intervenções e o compartilhamento de responsabilidades pelos casos acompanhados pela equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A possibilidade de vivenciar o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar pode vir a capacitar os trabalhadores resultando em mudanças no modelo assistencial (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Entende-se que a construção de um trabalho em equipe e de um novo modo de pensar o cuidado à saúde passa pela formação dos profissionais. Assim, discutir a formação é imprescindível (ROMAGNOLI, 2006) para que o psicólogo se insira no SUS, mais especificamente na AB, de modo mais organizado e em concordância com as leis que regem o sistema público de saúde.

4.3.1 A psicologia na Residência Multiprofissional em Saúde

A psicologia é um dos núcleos com maior número de profissionais nas RMS (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012). Isso pode ser entendido como um aspecto positivo para a categoria, pois mostra que ao pensar em atenção integral à saúde a psicologia está incluída. Porém, os autores apontam que apesar da grande presença do núcleo em RMS este ainda é um tema que apresenta poucos estudos e discussão sobre suas implicações/consequências nas práticas e na cultura profissional do psicólogo.

Ao abordar o trabalho da psicologia na RMS, grande parte dos estudos tem como foco o contexto hospitalar e o nível de atenção secundária (MORAIS; CASTRO; SOUZA, 2012; SILVA; SERRALHA; LARANJO, 2013; LIMA; SANTOS, 2012; MULLER; HAAG; SILVA, 2001; MENDES et al., 2011). São poucos os que abordam a atuação de psicólogos em RMS na atenção primária. Um desses estudos, realizado em São Paulo, refere que as ações desenvolvidas em UBS pelos psicólogos residentes tinham como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, assim como ações curativas, as quais preconizavam o trabalho em equipe, a atenção familiar e o contexto social (CLEMENTE et al., 2008).

A pesquisa apontou para a importância de práticas interdisciplinares desenvolvidas pelos psicólogos, o que também foi exposto em estudo realizado por Meira e Silva (2011) na cidade de João Pessoa/PB, em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). No referido estudo, os autores relatam a produção de ações intersetoriais, envolvendo instituições da Saúde e Educação, e interdisciplinares, com a participação de residentes de diferentes núcleos, como Farmácia, Enfermagem, Educação Física e Psicologia e profissionais da saúde bucal. Percebe-se, nos dois estudos citados, a

tentativa de construção de práticas mais adequadas ao contexto da atenção básica, levando em consideração aspectos como trabalho em rede e em equipe multiprofissional.

Em estudo realizado por Lima e Santos (2012) sobre a formação de psicólogos na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva voltada para a saúde mental, as autoras apontam para a escassez de estudos que possam contribuir para a compreensão das residências não médicas, como é o caso da RMS. As autoras assinalam a existência de alguns estudos que analisam conflitos e incoerências presentes no processo de institucionalização da residência multiprofissional e a entendem com potencial para auxiliar nas mudanças necessárias nos serviços de saúde fomentando a integralidade da saúde através da articulação serviço e espaços acadêmicos.

As RMS visam promover uma formação pós-graduada qualificada de profissionais da saúde para a realidade do SUS (MENDES et al., 2011). Assim, o psicólogo tem nesta modalidade de pós-graduação uma oportunidade de formação em serviço diversificada da graduação que busca qualificar sua atuação para o serviço público de saúde (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015). Pasini (2010) aponta que a formação em serviço traz a possibilidade de experimentar novos modos de fazer no dia-a-dia dos serviços, e através da relação que é estabelecida entre os diversos atores (profissionais, usuários e gestores) vão se desenhando tecnologias de cuidado, ações de saúde e políticas de gestão.

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo busca apresentar a trajetória metodológica empreendida ao longo da proposta de trabalho aqui exposta. Embora tal percurso também esteja presente nos artigos científicos que compõem a dissertação de mestrado, entende-se que, nos artigos, possa haver certa delimitação no que diz respeito à possibilidade de exploração e reflexão dos recursos metodológicos utilizados. Assim, com o intuito de compensar possíveis limitações, deu-se a escrita deste capítulo.

5.1 DELINEAMENTO

Este estudo qualitativo, de caráter exploratório (GIL, 2002), teve o intuito de compreender de forma ampliada e profunda a prática profissional de psicólogos no contexto da atenção básica na vivência da Residência Multiprofissional em Saúde. De acordo com Minayo (1998) a pesquisa qualitativa volta-se ao estudo da história, das relações e das opiniões, frutos das interpretações que as pessoas fazem de sua vida, entendendo o indivíduo como parte de uma realidade social. Desse modo, não tem o objetivo de contar opiniões ou pessoas, ao contrário, busca explorar as diferentes representações e ideias sobre o assunto em questão. Seu interesse está em descobrir a variedade de pontos de vista sobre a temática estudada, além do que fundamenta e justifica estes diferentes pontos de vista (GASKELL, 2005).

Outro aspecto importante desse tipo de estudo é que ele se mostra mais adequado a investigações de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos atores envolvidos e de relações, já que não tem a finalidade de realizar apenas generalizações, mas compreender a riqueza das diferenças e diversidades. Nesse sentido, permite elucidar processos sociais ainda pouco conhecidos, objetivando a construção de novas abordagens, novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014).

Minayo (2012) assinala que a pesquisa qualitativa apresenta alguns termos estruturantes, dos quais, neste estudo, destaca-se os termos experiência e vivência. Segundo a referida autora, a experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. Seu sentido está na compreensão: a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. Já a vivência é resultado da reflexão pessoal sobre a experiência, pois embora a experiência possa ser semelhante para vários sujeitos, a vivência

de cada um sobre o mesmo acontecimento é única e depende da personalidade, da biografia e de sua participação na história.

Assim, a escolha por esta modalidade de pesquisa se deu em função da complexidade e das peculiaridades que envolvem as práticas psicológicas no nível de atenção primária. Além disso, acredita-se que as Residências Multiprofissionais em Saúde são cenários produtores de importantes experiências de atuação e formação para os diferentes profissionais da área da saúde. Sendo assim, a pesquisa qualitativa foi a opção mais adequada para apreender a realidade do objeto deste estudo.

Ademais, ressalta-se que esse estudo se apresenta como uma pesquisa social, uma vez que, de acordo com Minayo (2014), esse tipo de investigação trata do ser humano em sociedade, de suas relações, sua história e sua produção simbólica. Nesse sentido, entende-se que o conhecimento aqui produzido é aproximado, não podendo ser generalizado, já que foi construído em determinado contexto e momento histórico. Porém, acredita-se que os dados aqui apresentados e discutidos podem apontar para alguns caminhos de reflexão no que diz respeito a prática da psicologia em RMS no contexto da atenção básica.

Cabe destacar que a perspectiva epistemológica adotada no estudo foi a fenomenologia, que é apontada por Gomes et al. (2008) como o estudo da descrição dos fenômenos humanos e seus significados. Minayo (2014) assinala que a abordagem fenomenológica no campo da saúde tem sido fundamental para a promoção das interações entre os diferentes atores da área, além da compreensão de fenômenos focalizados e específicos, e para humanizar o sistema de saúde.

Assim, a abordagem fenomenológica se mostra adequada ao presente estudo, pois considera-se que as práticas construídas e desenvolvidas pelos psicólogos residentes na AB guardam relação com os diferentes aspectos que organizam esse nível de atenção à saúde. Desse modo, na busca por compreender as vivências buscou-se ao mesmo tempo a aproximação e o entendimento desses aspectos – incongruências, lacunas, desafios, entre outros - sua relação com os sujeitos de pesquisa e sua possível influência no modo de atuação dos psicólogos residentes. Dito de outra forma, na tentativa de compreensão a partir da vivência dos participantes, buscou-se a apreensão do significado dessa vivência, baseada na relação sujeito-objeto, sob a ótica do participante do processo.

Para além dos aspectos salientados, compreende-se que a fenomenologia aplica-se ao presente estudo por entender que a inserção da psicologia nos serviços públicos de saúde está perpassada por questões históricas, econômicas e sociais, as quais foram se delineando através de movimentos como o da Reforma Sanitária, que reivindicava um novo modo de se produzir

e pensar a saúde. A fenomenologia está intrinsecamente ligada a essas questões aproximando-se da Saúde Coletiva onde as práticas em saúde têm sido repensadas para um cuidado mais humano, integral e próximo da vida das pessoas. É nesse contexto em que a presente pesquisa se insere, já que a saúde ao tornar-se interdisciplinar abre espaço para o trabalho do psicólogo, o qual ainda carece de um olhar mais atento para os seus modos de atuação nos cenários da AB e RMS.

5.2 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde do município de Porto Alegre, RS. Dentre as razões da escolha, destaca-se o fato de que as duas Instituições desenvolvem seus Programas de RMS há mais de uma década, aspecto considerado importante para a escolha destes para a pesquisa, pois se acredita que tais Programas, devido ao seu tempo de funcionamento, possam estar oferecendo aos seus residentes um espaço de construção de práticas e de conhecimento mais alinhados aos princípios do sistema público de saúde brasileiro.

Cabe ressaltar que a escolha pelas Instituições foi sustentada pelos objetivos do estudo, tendo em vista que, por serem duas instituições, foram ampliadas as possibilidades de compressão da prática psicológica no nível de atenção primária envolvendo a RMS. Além disso, o fato da pesquisadora ser residente egressa do Curso de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), com ênfase em Atenção Básica/ESF, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) fez com que se optasse por outros Programas de RMS do Estado do Rio Grande do Sul, a fim de garantir o distanciamento necessário para atender aos objetivos do estudo. A seguir, serão apresentadas as duas Instituições e seus respectivos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

5.2.1 Instituição 1 - Escola de Saúde Pública (ESP/RS)

A Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) é um órgão vinculado a Secretaria Estadual da Saúde que tem por missão a gestão da Educação em Saúde Coletiva no Estado. Neste sentido vem desenvolvendo ações de formação, pesquisa, extensão, educação permanente e produção de conhecimentos que contribuam para a promoção da saúde da população e o fortalecimento do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Criada em 1962, por meio do Decreto Estadual nº 13.812, a ESP/RS vem contribuindo para a formação de trabalhadores na área da saúde. Atualmente, atua nas áreas de educação superior, com o desenvolvimento de cursos e programas; educação em ambiente de serviço, no qual está inserido o Programa de Residência Integrada em Saúde; ensino profissional; educação continuada para profissionais do SUS; gerenciamento do Centro Estadual de Informação e Documentação em Saúde (CEIDS); e na área de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

No ano de 1976, o Sistema de Saúde Murialdo, que atualmente está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde do município onde a pesquisa foi realizada, iniciou no Brasil o Programa de Residência em Saúde Comunitária (ARMANI, 2006). Esta tinha a finalidade de formar profissionais com perfil crítico e humanista, capazes de resolver as necessidades de saúde da comunidade, através da integração de saberes da clínica, saúde pública e saúde mental (BRASIL, 2006).

A ESP/RS desenvolve o Programa de Residência Integrada em Saúde que compreende a Residência Multiprofissional e a Médica. A seguir uma breve descrição da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, sua organização, funcionamento e proposta.

5. 2. 1. 1 Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP)

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul é uma modalidade de formação pós-graduada multiprofissional, desenvolvida em serviço, de forma interdisciplinar. Tem como proposta capacitar profissionais para uma atuação no SUS de modo crítico, analítico e resolutivo, através do entendimento de saúde integral (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

O Programa vem se desenvolvendo sob o formato de RIS desde o ano de 2000, regulamentado pela Portaria nº 071, de 06 de dezembro de 2002, que dispõe sobre seu funcionamento e organização. Desenvolve-se em diferentes ambientes de ensino em serviço, de forma descentralizada e em parceria com a Rede Intersetorial do Estado buscando a ampliação dos cenários de práticas (RIO GRANDE DO SUL, 2002; 2014).

Atualmente, o curso tem duração de dois anos, em regime de tempo integral, com 60 horas semanais, divididas em atividades práticas (80%) e teóricas - reflexivas (20%), totalizando 5760 horas. Compreende quatro áreas de ênfase: Atenção Básica em Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde, Saúde Mental Coletiva e Dermatologia Sanitária.

Em seu último Processo Seletivo ocorrido no final de 2016, a RIS ofertou 61 vagas para profissionais de diversas áreas. A ênfase de Atenção Básica em Saúde Coletiva, a qual foi a escolhida para a pesquisa, visto que desenvolve suas práticas no nível primário de saúde, estava presente em quatro municípios do Estado do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Sapucaia, Venâncio Aires e Esteio. Ao total foram oferecidas 35 vagas divididas, de forma não igualitária, entre os núcleos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. A Psicologia possuía três vagas distribuídas entre os municípios de Porto Alegre e Venâncio Aires. Ao final do curso, o residente recebe a titulação de especialista em Residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva.

5. 2. 2 Instituição 2 - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

O Grupo Hospitalar Conceição é um grande complexo de atenção à saúde do Estado do Rio Grande do Sul, situado no município de Porto Alegre. Está vinculado ao Ministério da Saúde, oferecendo um atendimento 100% SUS. É constituído pelo conjunto de quatro hospitais, são eles: Hospital Cristo Redentor, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição e Hospital Fêmeina. Também é composto pelo Serviço de Saúde Comunitária, o qual possui 12 unidades de atenção primária, e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC (BALDISSEROTTO et al., 2006; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015).

Tem como missão oferecer atenção integral à saúde, de qualidade, além de desenvolver ações de ensino e pesquisa, buscando o fortalecimento do SUS. O Grupo Hospitalar Conceição busca, desde sua implantação, a articulação entre saúde e educação, com o objetivo de formar profissionais para atuar nas diferentes áreas do SUS (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015). Uma de suas propostas de formação é o Programa de Residência Integrada em Saúde o qual será apresentado a seguir.

5. 2. 2. 1 Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC)

Implantada em julho de 2004, a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição tem como objetivo a especialização de profissionais de diferentes áreas vinculadas a saúde para uma atuação em equipe, de forma interdisciplinar, nos diferentes níveis de

atenção e gestão do SUS. Além disso, busca fornecer subsídios para o aprimoramento e qualificação das ações que visem concretizar os princípios do sistema de saúde brasileiro (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Atualmente, a RIS/GHC compreende seis áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade (SFC); Saúde Mental; Atenção ao Paciente Crítico; Oncologia/Hematologia; Atenção Materno Infantil e Obstetrícia; e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, totalizando 94 vagas, que estão distribuídas entre os núcleos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Destaque para a ênfase de Saúde da Família e Comunidade, a qual foi foco deste estudo, que dispõe de 49 vagas, distribuídas entre os núcleos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A Psicologia contava com nove vagas, sendo oito no município de Porto Alegre e uma em Nova Petrópolis.

O curso tem duração de dois anos, com carga horária de 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva. As atividades compreendem 20% de formação teórica e 80% de atividades de formação em serviço. Os residentes recebem orientação docente assistencial de profissionais do GHC que desempenham funções de orientação, preceptoria e orientação de trabalhos de conclusão (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014). Ao final do período dos dois anos de curso, o profissional recebe o título de Residência em Saúde da Família e Comunidade.

5.3 PARTICIPANTES

Este estudo contou com a participação de oito psicólogos residentes vinculados a dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde, do município de Porto Alegre, RS. Para a inclusão dos participantes no estudo levou-se em consideração que estes deveriam fazer parte das áreas de ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade (SFC), as quais eram desenvolvidas no nível de atenção primária à saúde, além de estar cursando o segundo ano (R2) da Residência Multiprofissional. Tal critério baseou-se considerando que os residentes já teriam vivência prática de um ano no campo de atuação, o que possibilitaria melhor atender aos objetivos do estudo.

Inicialmente, estimava-se um número total de 12 participantes. A definição do número de participantes estava baseada nos editais de seleção dos dois Programas de RMS do ano de 2014, o qual foi o ano de seleção dos residentes participantes do estudo, para seu ingresso em 2015. Segundo os editais, estavam disponíveis nove vagas para a Psicologia na ênfase Saúde da Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, e três vagas na Atenção Básica em Saúde Coletiva na Escola de Saúde Pública no município de Porto Alegre.

Ressalta-se que, além do município de Porto Alegre, o núcleo da Psicologia desenvolvia suas atividades nos municípios de Marau (RIS/GHC), Venâncio e Esteio (RIS/ESP). Destaca-se que o planejamento inicial do estudo considerava incluir apenas residentes que estavam alocados em Unidades de Saúde no município de Porto Alegre, com a finalidade de facilitar o deslocamento que se fazia necessário para a realização das entrevistas, além de se considerar o número de participantes adequado para uma pesquisa qualitativa. Porém, após o contato com os residentes teve-se a informação que mesmo aqueles que estavam alocados em Unidades de Saúde de outros municípios participavam de atividades teóricas em Porto Alegre, sede dos Programas de RMS, e por esse motivo, a inclusão de residentes que não atuavam no município fez-se possível. Assim, foram incluídos dois residentes que atuavam em outros dois municípios do Estado.

A seguir será apresentada uma tabela com algumas características dos participantes, porém, por procedimentos éticos, optou-se por não identificar a qual dos dois Programas de Residência Multiprofissional os participantes estavam vinculados, uma vez que poderia haver a identificação de algum deles devido as especificidades do estudo. Tal opção está amparada na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual pontua, nos incisos VII e VIII do artigo 3º, como princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, além da garantia da não utilização, por parte do pesquisador, de informações obtidas em prejuízo dos participantes.

Da mesma forma que optou-se por não identificar o Programa de Residência Multiprofissional ao qual pertencia o participante também preferiu-se não divulgar o nome dos outros municípios, já que a divulgação dos municípios no estudo poderia resultar na identificação dos residentes.

Tabela 1 – Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Instituição de Ensino Superior	Ano de conclusão da graduação	Outra especialização	Experiência profissional
P1	F	26	Privada	2014	Não	Não
P2	M	31	Privada	2014	Não	Sim
P3	F	25	Privada	2014	Sim	Não
P4	F	25	Pública	2014	Não	Não
P5	M	24	Privada	2013	Não	Sim
P6	F	24	Pública	2014	Não	Não
P7	F	31	Privada	2011	Sim	Sim
P8	F	26	Pública	2013	Não	Não

Os participantes tinham idades entre 24 e 31 anos na época da entrevista. Dos oito entrevistados, seis eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Em relação a instituição de ensino superior, cinco informaram ter realizado sua graduação em instituições privadas e três em instituições públicas. Além disso, a maioria deles teve seu ingresso na Residência Multiprofissional logo após o término da graduação.

Duas residentes apresentavam outra especialização, uma delas em Terapia Cognitivo-Comportamental e a outra em Avaliação em Serviços de Saúde. Por sua vez, no período anterior a RMS, um dos participantes trabalhou com acompanhamento terapêutico, outro residente desenvolveu atividades durante seis meses em consultório particular, enquanto uma das participantes estava vinculada ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por cerca de três anos.

Destaca-se que todos os participantes realizaram a seleção para RMS em mais de uma Instituição, uma das residentes participou de seis processos seletivos. Da mesma forma, os participantes tiveram contato com residentes e/ou residentes egressos ainda na graduação, seja por realizar seus estágios nos mesmos locais que estes; pela aproximação feita por professores, os quais convidavam residentes para participar das aulas ou mesmo professores que haviam cursado RMS e contavam de sua experiência.

5.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente foi realizado o contato com a Coordenação dos dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após o aceite por parte das Coordenações, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o parecer nº 1.662.510 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 56594116.2.3001.5530.

Além disso, destaca-se o fato de que a Instituição Grupo Hospitalar Conceição foi incluída como Instituição Coparticipante na Plataforma Brasil, a pedido da mesma. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC sob o número 16113. O mesmo não foi solicitado pela outra Instituição participante do estudo.

Após a aprovação do projeto pelos Comitês, a pesquisadora realizou novo contato por email com as Coordenações para poder acessar os psicólogos residentes (R2) das áreas de ênfase participantes do estudo. A coordenadora da RIS/GHC proporcionou o acesso aos residentes através da aula de núcleo da psicologia que acontecia nas sextas-feiras pela parte da manhã. No dia combinado, a pesquisadora apresentou a proposta do estudo aos residentes, buscando explicitar os objetivos da pesquisa e propor a participação dos mesmos. Também estavam presentes as duas professoras/preceptoras responsáveis pela aula.

No momento em que os convites eram aceitos, as entrevistas eram agendadas. Todos os residentes forneceram seus contatos de email e telefone para posterior confirmação do horário e local das entrevistas. Porém, dois residentes não se mostraram disponíveis a participar do estudo e um residente embora tenha manifestado interesse, não pode participar da pesquisa em função de dificuldades de horário. Deste modo, contou-se com a participação de cinco residentes. As salas para a realização das entrevistas foram agendadas junto a coordenadora da Residência Integrada em Saúde.

Em relação a coordenadora da RIS/ESP é preciso acrescentar que foi realizado um encontro na sede da instituição onde a mesma forneceu a relação dos residentes e seus contatos de email. Cabe destacar que esse encontro ocorreu no mesmo dia da apresentação do projeto de pesquisa no GHC. Assim, a pesquisadora iniciou o contato com os prováveis participantes através de email pessoal onde foi efetivado o convite para participar do estudo. Embora todos os residentes contatados tenham demonstrado interesse em participar da pesquisa, um dos residentes não compareceu no dia agendado. Após nova tentativa de contato

entendeu-se que não havia interesse do mesmo em participar do estudo. Dessa forma, foram entrevistados três residentes da ESP.

No que se refere ao contato com os participantes, a pesquisadora apresentou seu percurso acadêmico, revelando também ter sido residente na Atenção Básica/ESF. Entendeu-se que o fato de ter passado por uma experiência semelhante a dos participantes possa ter contribuído para o aceite dos residentes e para a rápida aproximação destes com a pesquisadora. Minayo (2014) aponta que, na pesquisa qualitativa, o envolvimento do entrevistador com o entrevistado, ao contrário de ser considerado um risco comprometedor da objetividade ou uma falha, é condição para o aprofundamento de uma relação intersubjetiva.

Cabe ressaltar que as coordenadoras das RIS se mostraram abertas ao estudo, incentivando sua realização e assinalando seu interesse na devolução dos resultados. Do mesmo modo, os residentes das duas instituições se mostraram bastante receptivos e interessados em participar da pesquisa. O que pode ser visto na fala a seguir:

“... a gente nem titubeou de participar da pesquisa porque é muito rico assim estar escrevendo sobre as vivências, eu acho que tem muitas coisas muito novas para serem discutidas sobre o psicólogo na atenção básica e daí pela via da Residência e como se dá também essa formação...”(P6).

Após a apresentação dos objetivos e problemática do estudo, os residentes do GHC iniciaram uma série de perguntas: se seriam incluídos os residentes do primeiro ano (R1), se o estudo seria realizado em algum outro Programa de RMS, pois achavam importante essa característica para que o estudo pudesse abranger diferentes cenários de práticas, e se seriam realizadas apenas entrevistas. O mesmo aconteceu com os residentes da ESP, porém as questões foram feitas por email. Acredita-se que esse primeiro contato, via email ou pessoalmente, foi bastante positivo, pois a pesquisadora conseguiu se aproximar dos residentes, estabelecendo um bom vínculo com estes.

Em relação a coleta dos dados, esta foi realizada através de entrevistas individuais semiestruturadas. No que diz respeito à entrevista semiestruturada esta permite que haja uma troca de ideias entre entrevistador e entrevistado, onde estes estão, de distintas formas, envolvidos na produção do conhecimento. Esta técnica fornece as informações básicas para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. Seu foco está na compreensão mais profunda das atitudes, valores e crenças, em relação ao contexto social específico (GASKELL, 2005).

As entrevistas foram conduzidas a partir de tópicos guia estabelecidos de acordo com os objetivos do estudo. Segundo Gaskell (2005), o tópico guia é parte vital do processo de pesquisa, pois contribui para que a entrevista se torne uma conversação aparentemente natural e com certa flexibilidade. Dessa forma, os tópicos guia foram assim definidos: 1) Formação Acadêmica; 2) Experiência Profissional e 3) Percepção sobre o trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde.

Antes do início da gravação de cada entrevista era realizado um aquecimento, também denominado por Gaskell (2005) de *rapport*, onde a pesquisadora retomava os objetivos do estudo, agradecia pela participação, deixando claro que a proposta da entrevista era de ser uma conversa, onde o participante poderia contar um pouco do seu dia a dia de trabalho, suas atividades e como que estava sendo a vivência da RMS. Além disso, destacava-se a importância de sua participação para o estudo, já que a pesquisa aborda um fenômeno relativamente pouco estudado, o da atuação da psicologia na atenção básica vinculada a RMS e os possíveis desdobramentos dessa prática.

As entrevistas foram realizadas no município de Porto Alegre, sede dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde escolhidos para o estudo. As mesmas tiveram duração média de uma hora e vinte minutos, foram realizadas em cada instituição de acordo com agendamento prévio, e gravadas mediante a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Justifica-se que o projeto de mestrado previa que as entrevistas fossem realizadas apenas no município de Porto Alegre. Entretanto, uma das entrevistas aconteceu no município onde um dos residentes desenvolvia suas atividades. Essa opção foi uma sugestão do residente, mas também facilitou o acesso da pesquisadora, uma vez que o município em questão se encontra geograficamente mais próximo de Santa Maria.

Segundo Minayo (2014), a entrevista pode ser entendida como uma técnica privilegiada de comunicação, uma conversa a dois, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Assim, ao desenrolar das entrevistas percebeu-se que as mesmas se configuraram como um espaço de escuta, de importantes trocas e até mesmo de “desabafo” por parte dos residentes. Estes trouxeram questões importantes do seu dia a dia de trabalho, como a questão da sobrecarga de atividades, de certa pressão e expectativa que existe no trabalho do residente, e também da dificuldade de se estabelecer um lugar para o residente dentro das equipes. Além dessas questões, alguns participantes apontaram que a entrevista se mostrava como um espaço para refletir sobre sua prática, algo que nem sempre era possível devido a correria do dia a dia:

“Eu acho que é bem interessante ter esse espaço para parar e pensar um pouco sobre essas questões, porque, às vezes, no cotidiano a gente acaba deixando meio de lado, então acho que tem um ganho também meu nessa situação”(P5).

Assim, acredita-se que o tempo de duração das entrevistas possa ter refletido este entendimento por parte dos residentes, onde os mesmos perceberam o espaço da entrevista como uma oportunidade de parar e pensar sobre algo que ocupa grande parte do seu tempo, pois a RMS requer dedicação exclusiva, tendo carga horária de 60 horas semanais, e que representa uma experiência significativa e desafiadora para o profissional. Por fim, é necessário destacar o interesse dos participantes pela devolução dos resultados.

5.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, de forma a preservar o registro das palavras, os silêncios, os ruídos, as repetições, e qualquer outra manifestação presente nesse momento. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, a qual se ocupa da compreensão do fenômeno a partir das vivências dos participantes, proporcionando um entendimento mais aprofundado do objeto investigado (MINAYO, 2007), optou-se por utilizar como técnica de análise do material coletado, a análise de conteúdo proposta por Bardin (2010).

Esse método de análise caracteriza-se por operações de desmembramento do texto em unidades para posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade (BARDIN, 2010). Além disso, é possível assinalar que com a análise de conteúdo deseja-se descobrir para além das aparências do que está sendo comunicado, explorando as informações e representações acerca do assunto pesquisado (GOMES, 2012).

Nesta pesquisa, optou-se por analisar as informações coletadas através da análise de conteúdo temática que, por sua vez, é aquela que tem o tema como conceito central. Sobre essa modalidade de análise, Minayo (2014) observa que o tema admite um leque de relações que pode ser apresentado através de uma palavra, de uma frase ou um resumo, e que apresentam relevância ou valores de referência presentes no discurso.

A realização da análise de conteúdo compreende três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. A primeira fase envolve a organização dos dados, o conhecimento do material e a elaboração de pressupostos iniciais. Já o segundo

estágio diz respeito à exploração dos dados e identificação de núcleos de sentido. E a última etapa visa a busca de sentidos e/ou relações entre as categorias, através do diálogo entre os temas e objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (BARDIN, 2010).

Neste estudo, a análise de conteúdo seguiu as três etapas anteriormente citadas. Assim, em um primeiro momento a análise das entrevistas foi realizada de forma atenta, exaustiva e individual (leitura flutuante), na busca por aspectos que se destacavam em meio ao material coletado. Posteriormente, os dados foram analisados em sua totalidade dando origem as categorias de análise de conteúdo que estão baseadas em temas que se mostraram relevantes nas entrevistas, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Por fim, realizou-se a interpretação dos dados, devidamente agrupados nas categorias. Tal interpretação foi feita trabalhando-se com os significados dos dados coletados estando sustentada na fundamentação teórica apropriada.

Sobre tal questão, Minayo (2012) coloca que a interpretação se funda na compreensão e não vice-versa, já que interpretar é organizar as possibilidades projetadas pelo que foi compreendido. Nesse sentido, a interpretação não se configura como um fim, ou como o único resultado sobre o objeto estudado, mas como um produto que se abre a novas indagações.

Assim, fez-se a opção por não utilizar nenhum artefato tecnológico, como os softwares, na análise dos dados, tendo como pressuposto o cuidado a fidedignidade dos dados coletados. Na realização da análise através do modo tradicional, voltou-se o olhar para cada detalhe do processo, atentando para as semelhanças, contradições, narrativas coletivas ou específicas de um único participante ou realidade particular. Ademais, o trabalho de análise deste estudo está sustentado pelas inúmeras reflexões que foram se construindo ao longo de todo o processo. Sendo assim, tal entendimento vai ao encontro do que é expresso por Minayo (2012), quando a autora assinala que os dispositivos tecnológicos privilegiam apenas uma etapa e não levam em consideração “[...] o contexto intersubjetivo indissociável e filosoficamente fundamental para a pesquisa qualitativa e, portanto, para o processo de análise” (MINAYO, 2012, p. 626).

Com esta pesquisa, aspirou-se chegar à compreensão de mundo dos entrevistados no que diz respeito à temática investigada. Minayo (2012) indica que a análise qualitativa apresenta o verbo compreender como verbo principal, no sentido de exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Para isso, deve-se levar em conta a singularidade do sujeito. Entretanto, ressalta que “[...] é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do

grupo em que ela se insere” (MINAYO, 2012, p. 623). Assim, toda compreensão é parcial, é provisória, tanto a dos entrevistados, que possuem um entendimento incompleto de seu mundo, quanto a dos pesquisadores, pois também apresentam limites no que compreendem e interpretam.

Dessa forma, parte-se do pressuposto que o presente estudo está delimitado por (1) um contexto institucional: no caso, os cenários nos quais são desenvolvidas as RMS, sua proposta pedagógica, seu funcionamento (normas, regimento interno) e organização (distribuição dos residentes nas equipes, preceptores, tutores, e unidades de saúde); (2) pela forma como cada participante entende sua experiência, e o que produz a partir dela; (3) e da compreensão dos pesquisadores a partir dos dados coletados. Nesse último ponto, entende-se ser necessário explicitar de onde parte o embasamento dessa compreensão e interpretação: como já mencionado anteriormente, a pesquisadora é residente egressa da ênfase de Atenção Básica/ESF, além de, atualmente, participar, como mestrande e coorientadora, das reuniões de tutoria de núcleo da Psicologia, ênfase AB/ESF, do PRMISPS da Universidade Federal de Santa Maria. Tal condição se faz possível, pois a professora orientadora do mestrado é também tutora de núcleo da referida ênfase. Desse modo, a pesquisadora está em permanente contato com os psicólogos residentes, o que incorpora elementos importantes para a análise.

Por meio da análise dos dados foram constituídos três temas-eixo, sendo que cada um foi abordado em um artigo, totalizando os três artigos dessa dissertação. No primeiro artigo, discutiu-se o primeiro tema-eixo do estudo, o qual tratou do cenário de formação em serviço da Residência Multiprofissional em Saúde. O segundo artigo contém o tema-eixo que aborda a questão da formação acadêmica em psicologia para o trabalho no SUS e na atenção primária à saúde. Já o terceiro artigo apresenta a discussão sobre a prática de psicólogos, vinculados a Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante o processo de elaboração desta pesquisa foram respeitados os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, conforme apontam as Diretrizes e Normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Além disso, conforme já mencionado, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o CAAE nº 56594116.2.3001.5530 e tem o Grupo Hospitalar Conceição

como Instituição Coparticipante na Plataforma Brasil, a pedido da mesma. Cabe ressaltar que este estudo também se encontra fundamentado pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual foi aprovada em 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Em relação ao princípio da beneficência percebeu-se que os benefícios do estudo puderam ser observados a curto prazo, já no desenvolvimento das entrevistas, com a possibilidade dos participantes serem escutados numa temática que lhes diz respeito. Dessa forma, falar sobre a experiência de psicólogo residente pode ter permitido aos entrevistados refletir sobre esse lugar, levantando um leque de questões a serem discutidas. A médio e longo prazo os benefícios podem decorrer da publicação dos resultados da pesquisa a fim de ampliar o conhecimento acerca da temática aqui abordada, o que pode vir a incentivar novos estudos sobre as práticas psicológicas nesses cenários de formação, além de contribuir para reflexões necessárias sobre essas modalidades de formação de recursos humanos para a área da saúde.

Para garantir o princípio da autonomia, antes da realização das entrevistas, foi entregue e explicado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi elaborado pela pesquisadora, o qual documentava a autorização dos sujeitos da pesquisa, informando em linguagem clara e compreensível, os propósitos do estudo, os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão autônoma, consciente e esclarecida dos sujeitos em participar ou não da pesquisa (BRASIL, 2012b). O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficando com a pesquisadora e a outra com o participante. Conforme assegurado no TCLE foi garantido a todos os participantes o sigilo em relação à sua identidade, certificando, portanto, a privacidade. Da mesma forma, foi também elucidada a possibilidade de o participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento que desejasse sem qualquer prejuízo.

Considera-se que os riscos ao participar desta pesquisa foram mínimos. O Conselho Federal de Psicologia (2000) considera pesquisa de risco mínimo aquela que não submete os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas. No entanto, caso algum participante, durante as entrevistas individuais, manifestasse desconforto, a pesquisadora avaliaria a situação podendo interromper a entrevista, tendo em vista o bem-estar dos participantes. Caso se fizesse necessário o encaminhamento a um serviço de saúde mental, a pesquisadora se responsabilizava pelo encaminhamento do participante da pesquisa, sendo identificado aquele que melhor atendesse as necessidades do participante. Desse modo, destaca-se que tais procedimentos garantem o princípio da não maleficência do estudo.

Buscando manter o anonimato dos participantes, procurou-se ocultar qualquer informação que pudesse identificá-los. Assim, as falas foram apresentadas com a letra P (participante), seguidas do número que representava a ordem das entrevistas (P1, P2, P3...). Cabe destacar que, na tabela que apresenta os participantes, estes não estão separados por Programa de RMS, dado este que poderia infringir a questão do anonimato. Do mesmo modo, ao longo dos artigos que compõem essa dissertação, as falas dos participantes não indicam a qual dos dois Programas de RMS pertence o participante.

Ressalta-se o compromisso quanto à devolução dos resultados, após a apreciação desta dissertação pela banca, tanto para os psicólogos participantes, quanto para os dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde onde a pesquisa foi realizada. Assim, está previsto um encontro grupal com os profissionais de cada instituição o qual será agendado conforme disponibilidade das partes. Em relação às Coordenações dos Programas de RMS está prevista a realização de um encontro com cada uma das Coordenações para a entrega de um exemplar da pesquisa concluída, ou caso seja da preferência dos mesmos será feita uma apresentação dos resultados obtidos no estudo. Para o Grupo Hospitalar Conceição, atendendo as exigências da instituição, será entregue um exemplar ao Centro de Documentação do GHC para consulta de interessados.

Por fim, cabe ressaltar que a pesquisa não teve o intuito de avaliar os Programas de RMS escolhidos para o estudo. Estes se constituíram como cenários da presente pesquisa, incorporando diferentes aspectos e contribuindo para a riqueza do material coletado.

6 ARTIGO 1

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: REFLEXÕES DE
PSICÓLOGOS RESIDENTES**

Resumo

As Residências Multiprofissionais em Saúde se apresentam como espaços potenciais de formação de trabalhadores para atuar no Sistema Único de Saúde. Este estudo teve por objetivo discutir aspectos presentes no cenário de ensino das Residências, os quais podem estar influenciando a formação dos profissionais da área. Desse modo, realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo, que contou com a participação de oito psicólogos residentes vinculados a dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do município de Porto Alegre, RS. Os psicólogos participantes faziam parte das áreas de ênfase Saúde da Família e Comunidade e Atenção Básica em Saúde Coletiva, as quais são desenvolvidas no nível de atenção primária à saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram diferentes motivações dos participantes para realizar a Residência, sendo que esta foi entendida como um ambiente de aprendizagem para o trabalho no SUS, possibilitando uma imersão teórica e prática junto a política pública de saúde. Da mesma forma, foram discutidas questões que envolviam o trabalho em equipe, a relação entre equipe de saúde e residente multiprofissional, assim como a carga horária de trabalho. As considerações finais ressaltaram a importância das questões aqui apresentadas ganharem mais espaço em meio as discussões que envolvem as Residências buscando uma melhor compreensão de tais aspectos, com vistas a aperfeiçoar essa importante estratégia de formação para o SUS.

Palavras-chave: Atuação Profissional; Formação Profissional; Psicologia da Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH CARE: REFLECTIONS OF PSYCHOLOGY RESIDENTS

Abstract

The Multiprofessional Residencies in Health Care represent potential areas for training of workers from the Brazilian Public Health Care System (*Sistema Único de Saúde – SUS*). This study aimed to discuss aspects observed in the Residencies' teaching scenario, which might be affecting the training of healthcare professionals. Thus, it was conducted a qualitative research, whose participants were eight psychology residents related to two Multiprofessional Residency in Health Care Programs, from the city of *Porto Alegre*, Brazil. The participants were psychology residents in the programs of Family and Community Health Care and Primary Care on Public Health Care, which are developed in a primary health care level. There were performed semi-structured interviews that were analyzed through the thematic analysis. The results pointed out to different motivations that led the participants to engage in a Residency Program, which, in turn, was considered a learning environment for the work at *SUS*, allowing a theoretical and practical immersion through the health public policy. Likewise, there were discussed issues related to team work, the relationship between healthcare team and multiprofessional resident, as well as the workload. The conclusions emphasized that the topics presented by the article must be discussed by those who are part of Residency Programs, to search for a better comprehension of such aspects, in order to improve this important strategy on the training for working in *SUS*.

Keywords: Professional Practice; Professional Training; Health Psychology; Public Health Care; *Sistema Único de Saúde*.

Introdução

O debate político e social sobre o tema da formação em saúde no Brasil mantém-se presente desde o final da década de 1980 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebeu-se que uma mudança concreta nos modos de produção do cuidado em saúde passa por transformações no ensino dos futuros profissionais da área.

Atualmente, vários estudos debatem a temática da formação dos profissionais de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim & Carvalho, 2006; Passos & Carvalho, 2015) assinalando para algumas lacunas existentes nos currículos dos cursos de graduação. Essas lacunas se referem, principalmente, ao distanciamento existente entre as reais demandas e necessidades sociais de saúde da população e as práticas desenvolvidas e reproduzidas nos espaços de formação, além da utilização de estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação voltada para o campo da saúde deveria visar à transformação das práticas profissionais através da problematização do processo de trabalho englobando aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e o conhecimento adequado do SUS. Considerando tais aspectos, o ensino na saúde deve atentar para a formação de profissionais críticos-reflexivos, os quais estejam envolvidos e comprometidos com a produção de ações ampliadas de saúde e de cuidado, levando em consideração a realidade onde se inserem.

Contudo, entende-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois está atrelado a mudanças de paradigmas dos diversos atores envolvidos com a área da saúde. Assim, uma das estratégias encontradas pelo Ministério da Saúde e da Educação para aprimorar o conhecimento dos profissionais da área da saúde e capacitá-los para uma atuação condizente com os princípios do SUS são os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Tais Programas foram desenvolvidos através de parcerias estabelecidas entre o Ministério da Saúde, Instituições de Ensino Superior e secretarias municipais de saúde (Böing & Crepaldi, 2010).

No Brasil, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são desenvolvidos desde o ano de 1975, e a partir do ano de 2002 as Residências Multiprofissionais em Saúde começaram a receber o apoio do Ministério da Saúde, através do projeto ReforSUS. Sua regulamentação ocorreu em 2005, através da Lei 11.129, que instituiu as Residências como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a

formação em serviço de profissionais da área da saúde, exceto a categoria médica (Brasil, 2006, 2012a).

Assim, as RMS se apresentam como espaços privilegiados de formação, com potencialidades diversas, propondo um caminho que busca integrar conhecimento e ação, através da valorização de diversos saberes e práticas. Cabe ressaltar que sua proposta é a qualificação de profissionais da saúde, de preferência recém-formados, para o mercado de trabalho, principalmente para a atuação no SUS (Brasil, 2005, 2012a). Para isso, utiliza-se da metodologia de educação em serviço.

Desse modo, se constituem para além de uma modalidade de formação técnica, mas como uma possibilidade de consolidação dos princípios do SUS, buscando a construção de novas tecnologias e práticas em saúde de caráter multiprofissional e interdisciplinar (Oliveira, 2009). Aliás, a interdisciplinaridade é uma marca das RMS, na busca pela superação da fragmentação do conhecimento e do cuidado em saúde.

Sua proposta pedagógica está baseada no regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais, as quais são divididas em atividades práticas e teórico-reflexivas. Além disso, os residentes contam com supervisão docente assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (Brasil, 2005, 2012a).

Para ser considerada uma Residência Multiprofissional em Saúde, o Programa deve ser constituído por, no mínimo, três profissões da área da saúde. Além disso, deve estar orientado por estratégias pedagógicas que se utilizam de diferentes cenários de aprendizagem, adotando dispositivos e metodologias de gestão da clínica ampliada¹, de modo a assegurar uma formação fundamentada na atenção integral, através da articulação de saberes e práticas que possibilitam construir competências compartilhadas (Brasil, 2012a).

As Residências Multiprofissionais em Saúde contemplam diversas profissões, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Porém, cada Programa tem a liberdade de estruturar seu quadro de profissões de acordo com as demandas específicas do local. As RMS são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas (Brasil, 2012a).

¹ Para saber mais consultar “A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital”, de Gastão Wagner de Souza Campos e Márcia Aparecida do Amaral.

De acordo com a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde podem ter diferentes áreas de concentração, que deverão ser normatizadas. As áreas de concentração podem ser entendidas como um campo delimitado e específico de conhecimentos na esfera da atenção à saúde e gestão do SUS, constituindo-se como o objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais que a escolhem (Brasil, 2012a). Assim, cada RMS pode apresentar distintas ênfases como, por exemplo, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Atenção Hospitalar, Saúde Mental, entre outras.

Segundo Ferla e Ceccim (2003), a educação pelo trabalho se constitui como alternativa para o desenvolvimento de novos perfis profissionais em torno da mudança na formação permanente. Desse modo, a RMS, como proposta de formação pós-graduada, apresenta objetivos que envolvem a produção de trabalhadores da saúde capazes de compartilhar saberes e modos de fazer em diferentes ambientes de cuidado, o que pode vir a resultar em mudanças nas ações de saúde de acordo com os princípios do SUS (Pasini, 2010). Considerando sua metodologia de ensino, a RMS configura-se como uma das principais estratégias de reorientação das práticas profissionais e de construção de saberes mais alinhados aos preceitos do sistema público de saúde brasileiro. Sendo assim, apresenta muitos desafios a serem superados para sua consolidação.

De acordo com Mello (2016), o cenário da integração ensino e serviço, onde se inserem as RMS, está atravessado por disputas que dificultam a articulação entre as instituições formadoras e os campos de prática. Assim, entende-se que um dos principais desafios colocados para a RMS é a superação do modelo de formação tradicional. Nesse sentido, Passos e Carvalho (2015), assinalam que os processos de formação devem ser compreendidos como um importante recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, possibilitando a construção de outras possibilidades pedagógicas.

Atualmente, existem no Estado do Rio Grande do Sul cerca de 22 programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Deste total, treze estão alocados no município de Porto Alegre e região metropolitana, enquanto o restante está distribuído em cidades do interior do Estado, a saber: Santa Maria, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Ijuí e Santa Cruz do Sul.

Diante do exposto, cabe ressaltar que o número de estudos envolvendo a temática da RMS é crescente, isso porque, segundo Dimenstein e Macedo (2012), as RMS têm conseguido promover mudanças importantes referentes à formação na área da saúde. Tais estudos apresentam diferentes enfoques, como a integração ensino-serviço, as experiências

teórico-práticas que retratam o cotidiano desses espaços de formação, os desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais, assim como questões específicas dos diversos núcleos que estão presentes nesse contexto (Brasil, 2006; Clemente et al., 2008; Pasini, 2010; Rossoni, 2010; Miranda Neto, 2015; Mello, 2016).

Desse modo, compreendendo a RMS como um cenário singular de formação, no sentido de proporcionar ao profissional uma imersão junto a política pública de saúde, fazendo com que este reflita sobre os modos de produção de saúde, através da dedicação exclusiva, entende-se ser necessário um olhar mais aprofundado sobre questões que tem emergido nesses espaços e que podem ter influência na formação dos profissionais.

Assim, o presente estudo é um recorte da pesquisa de Mestrado intitulada “Práticas Psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em Residência Multiprofissional em Saúde”, a qual teve o objetivo de compreender a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de RMS, no contexto da Atenção Básica. Considerando a importância da RMS no atual cenário da área da saúde, este artigo tem o intuito de abordar algumas questões que emergiram das falas dos participantes da pesquisa quando tratado sobre a percepção, por parte de psicólogos residentes, do trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde.

Caminho Metodológico

Delineamento

Este estudo consiste de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. A pesquisa qualitativa valoriza a subjetividade e aplica-se, principalmente, ao estudo das relações, representações e percepções humanas, buscando interpretações dos significados que as pessoas atribuem a um determinado fenômeno (Minayo, 2006). Nesse sentido, essa abordagem não busca a quantificação do fato, mas sua análise a partir da perspectiva das pessoas que estão envolvidas no fenômeno (Minayo, 2014).

Participantes

Os sujeitos da pesquisa foram oito psicólogos residentes vinculados a dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde do município de Porto Alegre, RS. Os participantes pertenciam as áreas de ênfase

Saúde da Família e Comunidade e Atenção Básica em Saúde Coletiva. Além disso, deveriam estar cursando o segundo ano (R2) da RMS. Tal critério se justifica considerando que os residentes já teriam vivência prática de um ano no campo de atuação, o que possibilitaria melhor atender aos objetivos do estudo.

A seguir será apresentada uma tabela com algumas características dos participantes. No entanto, por procedimentos éticos, optou-se por não identificar a qual dos dois Programas de RMS os participantes estavam vinculados, uma vez que poderia haver a identificação de algum deles devido as especificidades do estudo. Essa opção está amparada na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual pontua, nos incisos VII e VIII do artigo 3º, como princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, da privacidade dos sujeitos da pesquisa e da proteção de sua identidade, além da garantia da não utilização, por parte do pesquisador, de informações obtidas em prejuízo dos participantes.

Tabela 1 – Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Instituição de Ensino Superior	Ano de conclusão da graduação	Outra especialização	Experiência profissional
P1	F	26	Privada	2014	Não	Não
P2	M	31	Privada	2014	Não	Sim
P3	F	25	Privada	2014	Sim	Não
P4	F	25	Pública	2014	Não	Não
P5	M	24	Privada	2013	Não	Sim
P6	F	24	Pública	2014	Não	Não
P7	F	31	Privada	2011	Sim	Sim
P8	F	26	Pública	2013	Não	Não

Como pode ser visto na tabela, duas residentes apresentavam outra especialização, uma delas em Terapia Cognitivo-Comportamental e a outra em Avaliação em Serviços de Saúde. Por sua vez, no período anterior a RMS, um dos participantes trabalhou com acompanhamento terapêutico, outro residente desenvolveu atividades durante seis meses em consultório particular, enquanto uma das participantes estava vinculada ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por cerca de três

anos. Já os demais participantes tiveram seu ingresso na Residência Multiprofissional logo após o término da graduação.

Procedimentos e instrumento de coleta dos dados

Em um primeiro momento, foi realizado o contato com a Coordenação dos dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após o aceite por parte das Coordenações, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob nº CAAE 56594116.2.3001.5530. Destaca-se que uma das Instituições é coparticipante do estudo, a pedido da mesma.

O contato com os residentes se deu por dois caminhos: a coordenadora de um dos Programas possibilitou um encontro com os residentes em uma aula de núcleo da Psicologia; enquanto a outra coordenadora forneceu a relação dos residentes e seus contatos de email. Assim, foram efetivados os convites para participação no estudo.

Em relação à coleta dos dados, esta foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, as quais foram agendadas conforme disponibilidade dos participantes, ocorrendo na sede das Instituições. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram conduzidas a partir de tópicos guia estabelecidos de acordo com os objetivos do estudo, quais sejam: 1) Formação Acadêmica; 2) Experiência Profissional e 3) Percepção sobre o trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde. Interessa ao presente artigo, abordar questões que apareceram nas falas dos residentes quando tratado o último tópico guia, considerando que este abordou, especificamente, os aspectos relativos à experiência da RMS.

Procedimento de análise dos dados

O material resultante das entrevistas foi analisado através da técnica de análise de conteúdo, a qual se caracteriza por operações de desmembramento do texto em unidades para posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade (Bardin, 2010). Nesta pesquisa utilizou-se a modalidade de análise de conteúdo temática (Minayo, 2014).

Assim, em um primeiro momento a análise das entrevistas foi realizada de forma atenta e individual, na busca por aspectos que se destacavam em meio ao material coletado. Posteriormente, os dados foram analisados em sua totalidade dando origem as categorias de análise de conteúdo que estão baseadas em temas que se mostraram relevantes nas entrevistas, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Ao final, realizou-se a interpretação dos dados, devidamente agrupados nas categorias, relacionando-os ao referencial teórico apropriado (Gomes, 2012).

Desse modo, as categorias temáticas desenvolvidas a partir do conteúdo das entrevistas são: 1. A Residência Multiprofissional em Saúde como uma estratégia de formação para o SUS, a qual está dividida em duas subcategorias, quais sejam 1.1 “... *eu quis fazer Residência porque eu queria ter experiência da Residência...*”: A RMS como um espaço de aprendizagem, e 1.2 Vivenciando o trabalho em equipe multiprofissional: um desafio proposto pela RMS; 2. Reflexões sobre a carga horária: a questão das 60 horas; 3. A relação entre equipe de saúde e residente: caminhos a percorrer...; 4. Desafios atuais da Residência Multiprofissional em Saúde.

Considerações éticas

Destaca-se que o estudo atendeu a todas as exigências da ética em pesquisa segundo a Resolução nº 466/2012, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição na qual as pesquisadoras estão vinculadas, conforme informado anteriormente. Cabe ressaltar que este estudo também se encontra fundamentado pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual foi aprovada em 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Buscando manter o anonimato dos participantes, procurou-se ocultar qualquer informação que pudesse identificá-los. Assim, as falas foram apresentadas com a letra P (participante), seguidas do número que representava a ordem das entrevistas (P1, P2, P3...). Cabe destacar que, na tabela que apresenta os participantes, estes não estão separados por Programa de RMS, já que este dado poderia infringir a questão do anonimato. Do mesmo modo, ao longo da apresentação e discussão dos resultados, não há indicação de qual dos dois Programas de RMS o participante estava vinculado.

Resultados e discussão

1. A Residência Multiprofissional em Saúde como uma estratégia de formação para o SUS.

Essa categoria é apresentada por meio de duas subcategorias que versam a respeito dos motivos que levaram os participantes a fazer a RMS e qual sua compreensão atual sobre esse cenário de formação, assim como a questão do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade, os quais são desafios propostos pela RMS aos profissionais da saúde.

1.1 “... eu quis fazer Residência porque eu queria ter experiência da Residência...”: A RMS como um espaço de aprendizagem.

A partir da análise das entrevistas foi possível perceber que os participantes entendem a RMS como um espaço de formação para o trabalho no SUS, no qual os residentes têm a oportunidade de experienciar situações e saberes que, em muitos casos, não foram suficientemente abordados/trabalhados na graduação. Assim, a opção por fazer a RMS parece estar atrelada ao desejo de ter uma experiência no contexto da saúde pública:

“... a Residência veio como uma possibilidade de trabalhar com o SUS, assim, logo em seguida da minha graduação, porque era principalmente, é ainda, não era, o lugar de onde eu vejo muita potência, eu acredito no SUS como política pública de saúde então eu queria experimentar...” (P6).

“... a Residência, porque é, é uma possibilidade da gente aprender enquanto faz” (P4).

“... eu quis fazer Residência porque eu queria ter experiência da Residência, porque a Residência é uma carga horária muito grande e é uma imersão na prática assim junto com a teoria, é claro...” (P8).

De acordo com os depoimentos, entende-se que a questão da formação em serviço, ou seja, da articulação da prática com a teoria, foi bastante valorizada pelos participantes ao optar por cursar essa modalidade de formação. Sobre esse aspecto, Closs (2010) postula que a formação em serviço remete à centralidade do trabalho como eixo educativo, sendo um dos aspectos que define a potencialidade e a particularidade das RMS. A autora assinala que a atividade trabalho, nesse âmbito de formação, é pensada em seu desenvolvimento, e entendida como uma experiência significativa para o sujeito que a realiza. Assim, a formação em

serviço apresenta especial importância, já que permite a aprendizagem a partir das realidades vivenciadas e do encontro com diversos saberes e diferentes profissionais presentes nas equipes de saúde (Silveira & Pasini, 2014).

Nesse sentido, a formação em serviço possibilita ao residente experimentar diferentes situações, instigando a problematização e a reflexão das ações para a qualificação do cuidado em saúde. Tal constatação vai ao encontro do que é postulado por Nascimento (2014) ao referir que é papel da Residência vislumbrar mudanças e possibilidades de novas formas de produzir saúde. A referida autora discorre que o desafio está para além do desenvolvimento de práticas mais qualificadas, mas na ressignificação das questões que envolvem a produção da saúde.

Os discursos dos participantes também apontaram como motivos para fazer a RMS o fato de identificá-la como uma espécie de complemento na formação para um trabalho no SUS, assim como um importante espaço de trocas e discussão:

“... eu achava que ia ser uma, uma, um complemento na formação importante justamente, porque eu não tive tanto na graduação...” (P2).

“... para mim é essa questão de trabalhar em conjunto, de ver, de debater assim com um outro profissional, ver um outro olhar, qual é a opinião dele sobre, mas sempre, sempre tentando ver o usuário...” (P7).

Em estudo que abordava a inserção do Serviço Social nas RMS em Atenção Básica (Closs, 2010), quando questionados sobre os aspectos que os levaram a realizar essa formação, os participantes apontaram motivos semelhantes aos psicólogos residentes do presente estudo. Suas principais motivações envolviam o interesse em trabalhar no SUS (devido à identificação com seus princípios) e estudar, de forma mais aprofundada, o sistema público de saúde; a oportunidade de qualificação profissional; além da possibilidade de uma primeira experiência de trabalho.

Já uma pesquisa realizada com egressos de um Programa de RMS do Estado do Rio Grande do Sul revelou que a necessidade de qualificação profissional foi a principal motivação para o ingresso dos profissionais na RMS (Demarco, Baldisserotto, & Rocha, 2014). Diante do exposto, parece que a qualificação profissional tem se apresentado como um dos principais motivos para fazer uma RMS, o que também apareceu nas falas dos participantes deste estudo. Nesse sentido, parece que a RMS tem sido percebida, pelos

profissionais que a almejam, como um espaço que pode lhes oferecer experiências e conhecimentos, os quais venham a enriquecer sua formação profissional.

Destaca-se que a questão apontada pela participante (P7) a qual envolve o trabalho multiprofissional e interdisciplinar será abordada na próxima subcategoria. Outro ponto indicado pelos participantes foi a influência de alguns professores de suas Universidades, que se encontravam envolvidos com o processo da RMS, e que dividiram suas experiências nas aulas e problematizaram essa modalidade de formação. Da mesma forma, também assinalam a influência de amigos que estavam cursando a RMS e que contavam de seu cotidiano de trabalho. Esses dois atores incentivaram, de certa forma, alguns participantes a realizar essa formação:

“... na Universidade eu tenho professores que tanto já participaram enfim, conhecem bastante a Residência, o processo de Residência [...] tenho amigos que já fizeram, que estão fazendo enfim [...], a X [universidade onde realizou a graduação] tem dentro da psico, do curso assim várias pessoas que estudaram lá que foram para Programas de Residência e que retornaram para a Universidade relatando assim essa experiência de como que era estar residente, estar vinculado a um Programa de Residência então muitas coisas surgiram, essa vontade a partir daí assim...” (P1).

A partir da análise da fala da participante (P1) percebe-se a importância de ter professores engajados com as questões da saúde pública, que possam trazer para a discussão em sala de aula questões práticas as quais aproximem os alunos da realidade do SUS. Do mesmo modo, é interessante pensar na multiplicidade de fatores que influenciaram os participantes a *experimental*, conforme relatado por uma residente (P6), essa modalidade de formação. Os diferentes aspectos apresentados pelos residentes fazem pensar que não existe um motivo único ou ideal para fazer uma RMS, mas interesses que nos movem, e que nesse caso, moveram os participantes para um cenário de aprendizagem.

Além das motivações que os levaram a cursar a RMS, os psicólogos apresentaram seu atual entendimento acerca dessa modalidade de formação. Considerada uma importante estratégia de formação de profissionais para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde ganhou espaço a partir das constantes discussões que dizem respeito ao desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Com objetivos que envolvem a produção de profissionais capazes de trabalhar em equipe, de refletir e problematizar o cotidiano, modificando as práticas de

saúde, a RMS engloba processos de produção de sujeitos políticos, tornando-se mais do que uma formação técnica (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Pasini, 2010).

Os profissionais participantes do estudo apresentam um entendimento da RMS como um importante cenário de aprendizagem, onde a possibilidade do *errar, tentar de novo, acertar* se faz presente, proporcionando um conhecimento significativo, o qual parte das experiências do cotidiano, da realidade dos serviços de saúde, conforme revela a fala a seguir:

“Como o meu trabalho é na Residência e a Residência é uma formação então a gente pode se experimentar, aqui é um lugar que a gente pode se dar o direito de aprender a fazer as coisas [...] então eu acho que a Residência tem um papel fundamental em nos dar segurança para trabalhar com isso, porque é muito diferente do que a gente aprende na Academia, é bem diferente assim, o profissional que a gente aprende a ser na Academia e o que que esperam da gente quando a gente vai trabalhar na Atenção Básica” (P4).

No relato da residente (P4), assim como de outros participantes, a RMS aparece como um espaço que tem conduzido a importantes mudanças nos processos de formação dos profissionais de saúde, sendo entendida pelos participantes como um *ambiente para aprender*. Seja pela segurança que oferece ao profissional para experimentar novos modos de cuidado em saúde, seja pela proposta de formação em serviço, a qual parece proteger, de certa forma, o residente no que diz respeito ao seu fazer. Ou seja, ao estar vinculado a um Programa de RMS, entende-se que esse profissional apresenta um suporte pedagógico e institucional, já que é uma formação, não apenas um serviço, o qual busca qualificar sua atuação na área da saúde ao proporcionar um ambiente de aprendizagem que oferece ao residente possibilidades de reflexão sobre os sentidos de suas práticas.

De acordo com Trentin e Fajardo (2014), os processos de formação em serviço possibilitam ressignificar o pensar e o agir em saúde, resultando no desenvolvimento de dispositivos de intervenção que possam responder à atenção e o cuidado à saúde. Assim sendo, por meio da análise da fala da participante, entende-se que os residentes têm buscado refletir e ressignificar seu fazer através do ambiente de ensino oferecido pela RMS.

Destaca-se que o distanciamento apontado pela residente entre a formação recebida na graduação e o que é esperado dos trabalhadores nos campos de atuação profissional, incluindo os serviços da Atenção Básica, é um aspecto delicado que permeia o cenário do ensino da saúde. Um exemplo disto é que desde a implementação do Programa Saúde da Família no nível de Atenção Básica, no ano de 1992, criou-se uma demanda por profissionais preparados

para uma atenção diferenciada daquela para a qual as universidades estavam formando (Pasini, 2010). No entanto, essa questão permanece presente nos dias atuais, com modificações importantes, mas ainda incipientes.

Ainda hoje, pode-se ver, na área da saúde, certa divergência entre as propostas de ensino e as necessidades dos serviços e da população. No entanto, Ceccim (2010) indica que a formação multiprofissional de trabalhadores do campo da saúde tem se tornado uma temática constante em espaços que discutem a consolidação do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, Lobato (2010) postula que não ocorrerão mudanças nas práticas de cuidado em saúde sem a formação de trabalhadores desejantes de um SUS fortalecido, apontando a RMS como um espaço potente para que essas mudanças se concretizem.

Assim, a RMS apresenta o desafio de minimizar a dicotomia entre o ensino e o cuidado em saúde. Essa modalidade de formação contempla discussões propostas pela Reforma Sanitária e pela legitimação do SUS, na busca da construção de práticas comprometidas com a concepção de saúde proposta pelo sistema público brasileiro (Rosa, 2010). Continuando a discussão da RMS como um espaço de aprendizagem, outros depoimentos vêm para contribuir com o debate:

“Acho que é uma formação muito importante, eu me sinto preparada assim saindo da Residência agora para trabalhar no SUS. Acho que eu cresci muito, até de perspectivas que eu tinha de como trabalhar no SUS, acho que eu revolucionei muito do que eu acreditava que deveria ser feito e consegui transformar um pouco dessa experiência, mas acho que é um, é um processo assim, é uma trajetória” (P8).

“Eu fico imaginando assim se eu tivesse saído da graduação e tivesse passado em um concurso, por exemplo, e ido direto trabalhar talvez... tivesse tido muito trabalho, talvez não conseguisse, talvez tivesse ficado muito insegura assim, porque é difícil assim, os desafios são muito grandes e a Residência nos dá segurança, nos dá um aporte importante para conseguir fazer esse trabalho” (P4).

Os relatos demonstram que a RMS tem conseguido causar impactos positivos na formação dos profissionais, tornando essa formação mais próxima da realidade e das necessidades dos serviços que compõem o SUS. Dessa forma, os profissionais se sentem mais seguros e preparados para atuar no campo da saúde, o que pode ser visto quando a residente (P4) refere que *“(a RMS) nos dá um aporte importante para conseguir fazer esse trabalho”*. Cabe destacar que a questão da qualificação profissional foi uma das motivações que levaram

os participantes do estudo a realizar a RMS, conforme destacado anteriormente. Desse modo, parece que a Residência tem conseguido cumprir com o que é esperado pelos profissionais quando de seu ingresso nos Programas, ou seja, capacitá-los para uma atuação condizente com os princípios que regem o SUS através da articulação da teoria com a prática.

Com relação a esse aspecto, Ceccim (2010) assinala que a RMS proporciona não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação. Promove também mudanças no modelo de produção da saúde por meio de uma atuação multiprofissional ou integrada. Nesse sentido, a articulação entre os diferentes saberes torna o campo da formação em serviço um cenário privilegiado para experimentações e trocas, podendo ser uma estratégia de quebra da reprodução de práticas hegemônicas (Oliveira & Guareschi, 2010).

De acordo com as falas dos participantes, entende-se que esses profissionais tem conseguido refletir e problematizar sua formação, reconhecendo que tal experiência tem proporcionado crescimento e amadurecimento profissional, através da aquisição de conhecimentos e habilidades em um processo de formação em serviço. Dessa forma, as RMS despontam como cenários potenciais de formação de trabalhadores para o SUS, promovendo um ambiente de aprendizagem e trocas, no qual os profissionais do estudo indicam sentirem-se seguros para experimentar e aprender novas práticas, outros modos de intervenção e novos conhecimentos em saúde.

1.2 Vivenciando o trabalho em equipe multiprofissional: um desafio proposto pela RMS

Atualmente, grande parte dos serviços de saúde apresentam equipes compostas por profissionais de diferentes formações acadêmicas. Inseridos nessas equipes, os trabalhadores da saúde tem como desafio a construção de práticas integradas e compartilhadas, baseadas em uma abordagem interdisciplinar.

Cabe destacar que os psicólogos residentes desenvolviam suas atividades em unidades com equipes de saúde compostas pelo mínimo de trabalhadores recomendados pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Grande parte dos serviços contava também com a equipe de saúde bucal, e outros profissionais como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, além de residentes de diferentes núcleos.

Os profissionais que participaram do estudo, quando questionados sobre sua perspectiva de trabalho em equipe, enaltecem a riqueza dessa proposição, ao mesmo tempo apontaram aspectos que podem vir a ser dificultadores dessa prática:

“... eu acho que é um trabalho muito rico, mas ele é um trabalho muito difícil, porque são pessoas que vem de, de formações muito diferentes, tanto de núcleo quanto de épocas; tem pessoas lá que estão lá desde que abriu o posto, vinte e tantos anos e tem pessoas que estão chegando agora [...] eu acho que quando a gente consegue achar uma brecha de compor com o outro é um trabalho muito rico...” (P8).

“A gente encontrava muita abertura dos profissionais para discutir, sobretudo da dentista que foi nossa preceptora durante meio ano... então foi muito bom, a gente encontrava uma boa abertura da equipe para discutir, para trabalhar. A gente tinha um pouco mais de dificuldade com a médica, não por ela ser uma pessoa de difícil acesso, era super tranquilo, mas porque ela acabava ficando só no consultório atendendo...” (P5).

Sabe-se que um dos aspectos que podem dificultar a prática da interdisciplinaridade é a formação dos profissionais de saúde, a qual ainda prioriza o conhecimento técnico e o trabalho individual, desconsiderando conhecimentos populares e ações coletivas (Loch-Neckel, Seemann, Eidt, Rabuske & Crepaldi, 2009). Desse modo, a postura da médica referida pelo participante, presente no relato de (P5), poderia estar vinculada a uma formação baseada no modelo hegemônico de cuidado em saúde, ainda presente no ensino superior. Nesse caso, a profissional poderia estar apenas reproduzindo o que foi aprendido em sua formação, já que, como aponta Pasini (2010), referindo-se a trabalhadores de equipes de saúde que recebem residentes, muitos profissionais não tiveram espaço de discussão sobre o trabalho em equipe durante seus processos de formação. Assim, podem vir a apresentar dificuldades de visualizar outras maneiras de operar além daquelas já instituídas.

Entretanto, a insuficiência desse modelo de produção de saúde diante da complexidade do processo saúde e doença coloca a necessidade de novas concepções de conhecimento e o desenvolvimento de práticas mais abrangentes e resolutivas, coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção que norteiam o SUS (Scherer, Pires & Jean, 2013; Silva & Caballero, 2010). Desse modo, para uma atenção integral à saúde tornam-se necessários diferentes saberes e diferentes olhares sobre o indivíduo.

Ceccim e Carvalho (2006) assinalam que o trabalho em equipe é um trabalho construído por profissionais de diferentes áreas e níveis de formação, que apresentam perspectivas e formulações distintas sobre as necessidades em saúde. Todas essas diferenças podem se tornar aspectos desfavoráveis ao desenvolvimento de ações compartilhadas e integradas no cotidiano dos serviços de saúde, caso os trabalhadores não estejam dispostos a

superá-las. Por outro lado, podem contribuir para que as ações em saúde sejam pensadas de forma mais ampla, enriquecendo as intervenções dos profissionais.

Assim como Pasini (2010), acredita-se que o trabalho em equipe não constitui a construção de pares homogêneos, ao contrário, é através da diferença que se produzem outras subjetividades e assim, outros modos de trabalhar em saúde. As falas a seguir abordam essa ideia de construção coletiva:

“... mas é difícil assim, porque tu tem que um pouco que abrir mão do teu conhecimento, às vezes, para estar compondo com outra pessoa e um pouco de conseguir criar um conhecimento que seja comum das duas profissões, ou das três profissões enfim, mas vale muito a pena” (P8).

“... eu acho bem assim [pausa] potente, é um trabalho que vai construindo e reconstruindo e que é muito difícil [...] eu acredito muito no trabalho em equipe, só que sempre tem que estar se reconstruindo, sempre tem que estar puxando, sempre tem que ter aquela pessoa que puxa a equipe ou tenta trazer alguma coisa para refletir” (P3).

“... eu não vejo, não consigo entender o trabalho de saúde sem, sem uma equipe, porque não tem como, é um trabalho muito adoecedor, complexo e sem uma equipe tu não consegue encaminhar e nem ter respaldo e troca...” (P6).

Entende-se, através dos depoimentos das residentes, que o trabalho em equipe representa uma tarefa difícil, e que para sua realização é necessário grande investimento dos profissionais. Seja para perceber que o cuidado em saúde não pode ser realizado de forma isolada e fragmentada; seja para pensar em modos de construção desse trabalho, o que requer que o profissional reconheça a importância do saber do outro e esteja disposto a construir um saber coletivo. Essa questão vai ao encontro do pensamento de Ceccim (2005), quando o autor assinala que, atualmente, não é possível pensar espaços de formação, como é o caso das RMS, e de trabalho em saúde que não tenham como premissa que este se dê em equipe e por meio do compartilhamento de saberes entre os diferentes profissionais.

Outro aspecto relatado pelas residentes diz respeito as possíveis trocas que podem ser estabelecidas durante o trabalho em equipe. Essa característica é apontada pelos participantes como necessária para a construção de um cuidado coletivo, o qual ultrapassaria as especialidades, e possibilitaria ao profissional experimentar novos saberes, novos entendimentos. Interessante a escolha da expressão *borrar*, utilizada pela participante (P1), para descrever essa característica:

“... lá na Unidade eu percebo que existe muito essa troca assim e é bem importante [...] tenho aprendido muito com essa troca, com a possibilidade de poder trocar, conversar e dialogar com outros núcleos profissionais e de poder extrapolar essas bordas, de poder borrar também com o trabalho do outro, de poder acompanhar os agentes comunitários, de aprender muito no dia a dia com eles, de permitir que a gente entre em contato, saia um pouco dessa questão da especialidade, de que não, aqui é meu papel depois não é mais ou aqui é teu, isso eu não faço, mas como que a gente pode dialogar e de construir um cuidado coletivo de fato...” (P1).

O depoimento da participante (P1) traz o reconhecimento da complexidade relacionada ao trabalho em equipe. Para sua realização são necessários muitos movimentos, novas articulações, novos encontros, assim como a abertura ao diálogo. Silva e Caballero (2010) pontuam que modalidades de formação como a RMS foram formuladas com o objetivo de superar a segmentação do conhecimento e do cuidado em saúde. Esses cenários buscam integrar diferentes profissionais e áreas de conhecimento, sob a perspectiva de trabalho em equipe, tornando-se um espaço aberto a múltiplas possibilidades de criação e invenção (Silva & Caballero, 2010).

Assim, através de uma formação de caráter multiprofissional e interdisciplinar, a RMS tem buscado promover mudanças nos modos de pensar e produzir saúde por parte dos trabalhadores, aliando teoria e prática. Segundo Pasini (2010) é fundamental pensar no modo como o trabalho em equipe pode influenciar no processo de formação dos residentes, produzindo novos profissionais, mais alinhados ao discurso sobre o trabalho em saúde que o SUS propõe.

“... eu acho que a gente também enquanto residente, nesse processo de ter aula, de parar para pensar enfim o processo de trabalho, eu acho que a gente aprende bastante e a gente vê que realmente há um potencial de se trabalhar em equipe...”(P7).

Os relatos demonstraram que o cenário da RMS tem proporcionado reflexões em torno da importância do trabalho em equipe nos participantes do estudo. Os mesmos consideram que trabalhar junto com outros profissionais não é tarefa fácil, já que inúmeros elementos estão presentes nesse contexto, mas é uma tarefa necessária para o cuidado em saúde.

Apontado como um desafio, foi também considerado como uma possibilidade de aprendizagem e crescimento profissional.

2. Reflexões sobre a carga horária: a questão das 60 horas

A proposta pedagógica dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde baseia-se na formação em serviço. Para isso, utiliza-se de metodologias ativas e participativas, assim como da educação permanente visando à formação de profissionais com perfil crítico e reflexivo, os quais atentem para o desenvolvimento de novos modos de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2012; Mello, 2016).

Desse modo, o residente deve dedicar-se exclusivamente ao Programa, desenvolvendo uma jornada de trabalho semanal de 60 horas, dividida entre atividades práticas e teóricas. Os profissionais que participaram do estudo tem o entendimento que a carga horária de 60 horas é uma normatização dos Programas de RMS. Porém, assinalam tal questão como um fator negativo dessa modalidade de formação, já que não tem proporcionado, em alguns momentos, tempo para o residente refletir sobre suas práticas e sobre o próprio cuidado em saúde, como demonstram as seguintes falas:

“... o que eu vejo como algo, mas que enfim que é do processo de Residência e que também vem se repensando nisso, é um esgotamento assim, de muitas atividades, de 60 horas por semana, acaba gerando um esgotamento, às vezes a gente acaba ficando muito no desenvolvimento de atividades e pensa muito pouco e tem muito pouco tempo para pensar sobre essas mesmas atividades que a gente desenvolve, sobre o nosso processo de trabalho...”(P1).

“... eu acho que é bem interessante ter esse espaço [da entrevista] para parar e pensar um pouco sobre essas questões [da Residência], porque, às vezes, no cotidiano a gente acaba deixando meio de lado, então acho que tem um ganho também meu nessa situação” (P4).

Ao analisar os depoimentos anteriores é possível visualizar que a falta de tempo para refletir sobre as ações desenvolvidas nos serviços está atrelada ao grande número de atividades que os residentes realizam como forma de cumprir a carga horária estipulada. Entretanto, como relata (P1), essa situação tem gerado certo esgotamento para os residentes, o que pode ser entendido como um aspecto não favorável para a formação desses profissionais.

No sentido que a RMS vem como uma forma de qualificar o profissional de saúde para um trabalho no SUS, o excesso de carga horária juntamente com o excesso de atividades parece não ser a maneira mais adequada de pensar esse processo de aprendizagem. Sobre essa questão, Pasini (2010) assinala que essa lógica imposta de uma carga horária extensiva, dificulta a experiência, unindo-se a uma lógica que entende a aprendizagem por acumulação, em uma aproximação quantitativa do conhecimento.

A referida autora problematiza a questão da carga horária prevista para a RMS, utilizando-se de Larrosa (2002), ao referir que a experiência, que nesse caso é de ensino em serviço, não pode ser confundida com trabalho. Do mesmo modo, Larrosa (2002) argumenta que a experiência requer gestos de interrupção, requer momentos para pensar, olhar, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, ter paciência e dar-se tempo e espaço. Entende-se que esses aspectos, apontados pelo autor, talvez não estejam sendo valorizados da forma que deveriam no espaço da RMS, já que a participante (P1) diz que “... *pensa muito pouco e tem muito pouco tempo para pensar sobre essas mesmas atividades...*”. Essa é uma questão que chama a atenção, pois não está de acordo com os ideais desse cenário de formação, aliás, é o oposto do que se espera das RMS. Nesse sentido, os depoimentos dos residentes parecem apontar que a exigência do preenchimento das 60h estaria comprometendo a questão formativa. Contudo, entende-se que se o objetivo da Residência Multiprofissional é formativo se tem que garantir esse direito.

Outro aspecto referido nas falas dos participantes é a questão do esgotamento. Atualmente, vincula-se esgotamento profissional a denominada síndrome de burnout, a qual tem atingido diversos profissionais da saúde, incluindo os da Atenção Básica (Silva & Menezes, 2008), contexto no qual os residentes deste estudo desenvolvem suas atividades. Entende-se que a Atenção Básica é um nível de saúde complexo, que se utiliza de tecnologias leves para a resolução dos problemas, tendo importância fundamental para a organização do sistema de saúde brasileiro (Martins, Laport, Menezes, Medeiros & Ronzani, 2014). Entretanto, uma de suas características é o estabelecimento de relações interpessoais diretas e contínuas entre usuários e profissionais visando um cuidado integral. Nesse sentido, o esgotamento profissional poderia estar prejudicando não apenas o processo de aprendizagem do residente, mas também sua atuação junto aos usuários dos serviços.

Em estudo desenvolvido por Miranda Neto (2015), o qual tinha como objetivo compreender os limites das RMS para a educação interprofissional, os residentes assinalaram um descontentamento relacionado à carga horária de trabalho, referindo grande desgaste devido à complexidade das atividades que desempenhavam o que provocava sofrimento e

estresse. Diante do exposto, cabe ressaltar a importância de ampliar os espaços de discussão sobre a carga horária e suas implicações na saúde dos residentes. As falas a seguir se voltam para a relação da carga horária com a formação do residente:

“... eu acho muita loucura assim uma pessoa trabalhar 60 horas, por exemplo, na área da saúde, uma pessoa que está em formação inclusive...” (P2).

“... acho que a gente tem que lutar por uma redução das 60 horas, porque realmente é demais, mas, além disso, o cuidado que os coordenadores tem que ter com esses residentes [...] como é que tu vai cuidar se tu mesmo não está cuidando de ti sabe [...] e ao mesmo tempo se fortalecer enquanto residente para ter essa vivência mais saudável, e ter essa proteção assim [...] para não ficar um sucateamento, aquela questão da exploração do trabalho...” (P7).

Visualiza-se, por meio das falas, que os residentes têm o entendimento de que as 60 horas podem acarretar em consequências negativas tanto para a formação quanto para a saúde desse trabalhador. Com relação à carga horária, é necessário esclarecer que a Portaria nº 45 ME/MS (Brasil, 2007) possibilitava a carga horária de 40 a 60 horas semanais para as Residências Multiprofissionais. Porém, em 2008, a Portaria Interministerial nº 506, instituiu a carga horária de 60 horas semanais, não considerando as particularidades da RMS. O principal argumento para essa alteração foi a necessidade de equivalência de carga horária com a Residência Médica, tendo em vista que as duas modalidades de formação apresentam valores isonômicos de bolsa (Closs, 2010).

Pasini (2010) pontua que tal deliberação acabou por motivar inúmeras discussões entre os atores envolvidos com a RMS (coordenadores de programas, tutores, preceptores e residentes), pois representava mais do que a simples inclusão de horas, implicava na discussão dos objetivos dessa formação. De acordo com Closs (2010), a carga horária anterior possibilitava certa flexibilidade na organização das atividades em serviço, sendo mais adequada a proposta da RMS, já que esta apresenta outros campos de práticas para além do hospital. Além disso, o objetivo da RMS não está voltado para o treinamento em serviço, o qual é a perspectiva usada pela Residência Médica.

Em seu estudo, Miranda Neto (2015) refere que a problematização dessa temática tem o intuito de que a carga horária estipulada seja proveitosa para o residente, garantindo uma formação qualificada para o SUS. A respeito disso, entende-se que a experiência da RMS não deve estar atrelada a um excesso de atividades, ou a um simples preenchimento das horas

estipuladas, mas a uma aprendizagem significativa, crítica e reflexiva que corresponda a proposta inicial de formação da RMS. Essa ideia vai ao encontro do que foi relatado por (P7) quando fala “... *para não ficar um sucateamento, aquela questão da exploração do trabalho...*”.

Em meio a um cenário de discussão da carga horária, os residentes utilizam-se de seminários e encontros estaduais e nacionais da categoria, para abordar essa temática. Já nos anos de 2008 e 2009 esses profissionais questionavam a carga horária, classificando-a como cansativa e inadequada. Assim, entende-se que há a necessidade de se repensar a questão da carga horária, de modo a privilegiar a experiência da formação e não da sobrecarga de trabalho, evitando o adoecimento do residente. A fala da participante (P1) exemplifica o quanto é importante não deixarmos de lado essa questão:

“... acho que até tem muita coisa que residente faz e que às vezes a gente tem que dar conta de muita coisa e isso, essa demanda excessiva, às vezes, de trabalho e pela característica da Residência, das 60 horas nos impossibilita, para mim tem impossibilitado entrar em contato com outras coisas assim, às vezes de respiro, espaços de poder respirar para talvez pensar e ir dando conta dessa rotina, isso que para mim eu vejo como uma dificuldade com relação a minha prática, de pouco tempo de poder pensar sobre a minha prática, de fazer outras coisas que às vezes iam fazer mais sentido, de dar conta dessa rotina” (P1).

Dessa forma, a proposta inicial da RMS de uma imersão no trabalho, como forma de potencializar a experiência do profissional, pode estar tendo impactos que não foram pensados quando da construção desse projeto. Contudo, entende-se que a resposta a essa questão não é simples, visto que os Programas seguem uma regulamentação nacional e possíveis mudanças na carga horária implicam em alterações significativas na organização e funcionamento dos Programas de Residência Multiprofissional. No entanto, percebe-se que os aspectos apontados pelos autores já citados, assim como pelos participantes do estudo, estariam indicando que o tema envolvendo esse regime de trabalho se encontra presente no cenário das discussões, reflexões e possíveis qualificações dos Programas de RMS, podendo colocar em questão a própria regulamentação hoje em vigor.

3. A relação entre equipe de saúde e residente: caminhos a percorrer...

Essa categoria apresenta aspectos que versam a respeito da relação estabelecida entre equipe de saúde e residente. Entende-se que os diferentes aspectos aqui apontados pelos psicólogos residentes permeiam o processo de trabalho e o cotidiano dessa formação em serviço, sendo de fundamental importância um olhar ampliado para essas questões. O primeiro elemento assinalado pelos participantes diz respeito a expressão de uma certa desvalorização de seu trabalho, assim como alguns questionamentos relacionados a atuação do residente:

“... parece que o residente ele não sabe o que está fazendo, às vezes, parece que tem um pouco de desvalorização sobre o nosso trabalho [...] se a gente faz A tem que ser B, se a gente faz B tem que ser A, e assim fica uma coisa um pouco assim desconfortável para quem está nessa situação...” (P4).

“... a gente é cobrado para responder como profissional e a gente é cobrado para responder como tipo um estagiário assim então para gente, às vezes, é muito difícil saber que papel que tu está desempenhando naquele momento. Tem coisas que a gente quer bancar enquanto profissional que daí nos lembram que a gente é só um estudante, um residente, um mero...e tem outras situações que a equipe não consegue dar conta e eles te jogam na frente do tipo: não, tu é profissional, tu assume...” (P8).

Com base nos discursos das participantes, parece que as equipes de saúde apresentam um entendimento um pouco confuso sobre o papel e o lugar do residente no serviço. Sendo considerado, em muitas situações, um estagiário, que tem sua atuação limitada dentro da equipe; enquanto em outros momentos deve ter responsabilidade e compromisso para assumir os casos, pois já é um profissional. Pasini (2010) contribui para essa discussão indicando que são comuns os questionamentos em relação ao grau de autonomia e responsabilidade do residente diante do processo de saúde. A autora comenta que existe uma constante tensão sobre o lugar ou papel dos residentes na composição dos serviços, o que também foi apontado no estudo realizado por Drago, Salum, Andrade, Medeiros e Marinho (2013).

No estudo citado, o qual aborda a inserção de residentes de enfermagem em um Hospital Universitário, os profissionais das equipes demonstraram desconhecer o papel dos residentes, não diferenciando seu modo de atuação das estagiárias de final do curso de graduação. Entende-se que essa dificuldade de compreensão pode estar baseada no fato de que o residente multiprofissional não era, até pouco tempo atrás, uma figura presente nos serviços de saúde. Na verdade, esse personagem residente não existia, ele teve de ser

inventado (Dallegrave & Kruse, 2009). Assim, sendo um novo ator no cenário da saúde, parece ainda causar estranheza nas equipes, ao não saberem se estão lidando com um estudante ou com um profissional:

“Muitas vezes não entendiam mesmo a função do residente, então várias vezes na tutoria, a tutoria ia na reunião de equipe, explicava a função do residente, a gente falava” (P3).

O depoimento da participante (P3) mostra que, em muitos casos, o residente não consegue esclarecer para a equipe o seu papel, sendo necessária a intervenção do Programa para que essa confusão possa ser minimizada. Segundo a Lei 11.129/2005, a Residência se constitui como uma modalidade de pós-graduação, voltada para a educação em serviço, a qual busca favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho. Com base na Lei, entende-se que o profissional residente apresenta especificidades com relação aos demais trabalhadores da equipe. Essas particularidades estão baseadas na educação em serviço, que proporciona ao residente significativa carga horária prática, e também importante carga horária teórica, com estudos aprofundados de temáticas presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, espera-se que o residente possa problematizar o processo de produção de saúde, refletindo sobre seu papel e atuação. Porém, alguns dos depoimentos revelam que as equipes parecem ter dificuldade para entender a Residência como um processo de formação, onde espaços de leitura e de discussão se fazem presentes:

“... A gente tem a semana típica, de segunda a sexta [...] então a gente expunha isso para a equipe que dias eu ia fazer tal coisa, porque tinha muito disso, alguns relatavam: ah a Unidade pegando fogo e a residente estava lá lendo ou fazendo, ou conversando achando que era fofoca e não percebia que tu sentar, conversar, isso também é processo de trabalho...” (P3).

Através da análise da fala da participante (P3), percebe-se que a equipe não tem clareza que o papel do residente no serviço é diferenciado dos outros trabalhadores, já que ele é um profissional, mas um profissional em formação. Ou seja, que precisa desenvolver atividades teórico-práticas. Tais atividades, cuja nomenclatura difere de acordo com o Programa, incluem seminários de núcleo e de campo, leituras dirigidas, oficinas, estudos de caso e aulas teóricas, articuladas com as práticas em serviço (Martins, Rosa, Basso, Orofino & Rocha, 2010). Todas essas atividades buscam formar trabalhadores críticos e

problematizadores de suas práticas, os quais carregam consigo a responsabilidade de produzir mudanças significativas nos modos de pensar e construir saúde.

Outro ponto apreendido nas falas diz respeito ao residente ser um profissional temporário nos serviços. Esse aspecto foi discutido em estudo desenvolvido por Drago et al. (2013), onde essa situação resultava em uma visão dos residentes como “uma ajuda a mais”, “uma ajuda auxiliar” para os profissionais do setor. Já no presente estudo, os participantes apontam que, em muitos momentos, se tornam os principais responsáveis pelos casos, mesmo com um tempo de atuação limitada nos serviços de saúde:

“... a gente sempre orienta ‘não, passa pelo acolhimento’ alguém vai escutar, alguém tem que escutar em primeiro lugar, não precisa ser a gente, até porque se a gente pensar em vínculo essa pessoa não pode ter só vínculo com a gente nessa equipe, ela tem que ter com outras pessoas...”(P2).

A regulamentação da Residência estabelece que a formação deve ser realizada por tempo mínimo de dois anos (Brasil, 2012). Apesar de parecer muito tempo é significativamente menor do que o tempo de permanência dos demais profissionais não residentes nas equipes. Desse modo, o destaque feito por (P2) de que *“... se a gente pensar em vínculo essa pessoa não pode ter só vínculo com a gente nessa equipe, ela tem que ter com outras pessoas...”* demonstra o conhecimento que o residente tem sobre os princípios da Atenção Básica, entre os quais estão presentes o desenvolvimento de vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilização pela população adscrita (Brasil, 2011).

Assim, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011) é tarefa da equipe de saúde a construção de vínculo com os usuários do território, buscando produzir a atenção integral. Entretanto, em estudo desenvolvido por Miranda Neto (2015), os residentes entrevistados, entre eles psicólogos, relataram que muitos dos casos que atendiam passavam a ser de sua responsabilidade exclusiva. Entende-se que tal aspecto não é favorável a formação do residente, pois o coloca como apenas um profissional a mais na equipe, deixando de lado a questão do ensino em saúde. Nesse cenário, o residente também poderia se constituir como um profissional de referência, mas com o entendimento, inclusive da equipe, que seu tempo de trabalho tem um prazo determinado, não se constituindo como o único vínculo da população com o serviço de saúde.

Um aspecto que causava tensão, segundo as falas dos participantes, era o sentimento de uma certa possessividade da equipe com os residentes. Esse aspecto estava presente em

diversas cobranças que eram realizadas, as quais voltavam-se, principalmente, para os turnos em que os residentes estavam desenvolvendo alguma atividade fora do serviço:

“... a equipe sempre cobrando isso assim, sempre cobrando que os residentes, principalmente os R2 nunca estão no campo [...] eles vão lá: cadê o fulano da psicologia? [...] quando vêm essas cobranças, por exemplo, do tipo assim ah não está na Unidade, o que será que está fazendo? vem sempre em forma de brincadeira, aí até tu desarticular aquela brincadeira e dizer: não oh, eu sou residente [risos], o meu papel aqui, o meu vínculo é diferenciado de vocês, eu tenho outras atividades...” (P2).

“... para os profissionais da ESF também terem noção do que que a gente está fazendo ali ou, por exemplo, nos turnos que a gente não está dentro da Unidade, que a gente está fazendo VD, então os profissionais conseguem saber, bom eu não estou faltando serviço, eu estou lá fazendo VD” (P5).

Os residentes referiram apresentar para a equipe uma planilha com as atividades propostas para um determinado período. Esse instrumento parece ajudar na comunicação entre equipe e residentes, já que possibilitava a visualização das diversas atividades estabelecidas pelo Programa. Porém, parece que mesmo com a visualização das atividades, os residentes sentiam que alguns profissionais das equipes mantinham suas cobranças.

Entende-se que os aspectos aqui apresentados, que se colocam como não favoráveis a relação da equipe com o residente, advém do não entendimento do lugar e do papel deste profissional, conforme já mencionado. Talvez por ser um personagem recente, que ainda está em construção, o residente desperte certa estranheza nos demais profissionais, por não conseguir encaixá-lo nos moldes tradicionais dos serviços de saúde. De toda forma, percebe-se que essa dificuldade de compreensão tem gerado conflitos, os quais não parecem ser positivos para a formação do residente e, conseqüentemente, para a forma como este se coloca diante dos processos de saúde. Assim, é necessário que os Programas tenham um cuidado maior com esse aspecto, esclarecendo possíveis dúvidas e mal-entendidos por parte das equipes para que os residentes possam ter garantidos e potencializados seus espaços de reflexão (Miranda Neto, 2015), a fim de que o tempo da Residência seja proveitoso e de intenso aprendizado. Da mesma forma, parece ser importante que os residentes possam compreender que sua inserção nas equipes promove alterações que podem gerar mal estar no local, assim, é importante que o processo seja cuidadosamente acompanhado em sua construção, minimizando os diversos atravessamentos que se fazem presentes.

Apesar dos entrevistados pontuarem diversas questões que dificultam uma boa relação com as equipes de saúde, também ressaltaram alguns pontos positivos dessa relação. O primeiro deles diz respeito a uma boa comunicação estabelecida com os diferentes profissionais das equipes:

“... sempre tive uma abertura para conversar com quem eu precisasse, médico, enfermeiro, dentista precisei já, agente comunitário, nunca tive problema nenhum assim [...] eu procuro eles e eles me procuram, é a mesma liberdade, que eu dei para eles, eles me dão também...” (P4).

Através dessa fala, que também representa a de outros entrevistados, é possível perceber que não havia apenas conflito entre residentes e equipes, apesar desse ponto ter tido maior destaque nas entrevistas. O depoimento da participante (P4) revela que a residente procurava estabelecer uma boa relação com os outros profissionais da equipe, buscando sua ajuda sempre que necessário. Da mesma forma, a equipe se sentia a vontade para discutir sobre os casos e as ações que estavam desenvolvendo. Nascimento e Oliveira (2010) assinalam que uma maior integração dos profissionais das equipes de saúde parte do reconhecimento do saber do outro profissional, assim como da valorização de suas opiniões e conhecimentos. Desse modo, parece que os aspectos conflituosos da relação residente e equipe, que foram anteriormente citados, não se constituíram como obstáculos no processo de articulação e construção conjunta das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais.

Alguns participantes assinalaram que as equipes nas quais estavam inseridos, embora pudessem não ter total clareza das funções do residente, gostavam de receber esses profissionais. Por esse motivo, ofereciam um espaço de trabalho para o residente, incluindo-o nas atividades do serviço. Além disso, algumas equipes procuravam acolher suas propostas, estando junto ao residente na execução das mesmas:

“... é uma Unidade que se preocupa muito e investe muito na formação em serviço, então a Residência, ter residentes nessa Unidade de Saúde, para essa equipe, pros trabalhadores é algo que eu vejo como muito potente assim, a equipe legitima muito este lugar residente, nesse espaço, no processo de trabalho, então é uma equipe que por acreditar também no trabalho do residente, por potencializar esse lugar chama muito assim, pras atividades, para dar conta de inserir mesmo no processo de trabalho...” (P1).

“... fiquei feliz que a equipe foi super aberta para a gente bolar a semana [da consciência negra], a gente teve a ideia de fazer a camiseta com o tema do novembro e a equipe toda colocou, mesmo depois de novembro enfim, dezembro, janeiro, o pessoal ia, continuava indo com a camiseta que falava da questão da consciência negra...” (P7).

Através da análise das falas, percebe-se que as equipes têm buscado legitimar as contribuições dos residentes para o serviço de saúde, entendendo que esse profissional pode vir a somar conhecimentos e qualificar as práticas desenvolvidas. Em estudo realizado por Domingos, Nunes e Carvalho (2015), o qual tratava da percepção do trabalhador de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMS em unidades de Saúde da Família, os participantes assinalaram como positiva a presença de residentes no serviço. Segundo os trabalhadores, o residente era um apoio importante na prestação do cuidado, ampliando a capacidade da equipe de resolver problemas, através da troca de conhecimentos e da discussão de casos.

Ainda como um fator positivo da relação com a equipe, os participantes destacaram o agente comunitário de saúde (ACS) como um membro que parece trabalhar bem com os residentes. Tal aspecto pode ser visto nas seguintes falas:

“... costumam trabalhar bem e trabalham muito bem com os residentes...” (P2).

“... os agentes de saúde são pessoas que demandam bastante [...] são bem dedicados com a gente, tipo se preocupam com uma situação e vem conversar com a gente, porque, às vezes, o agente de saúde sabe bastante coisa...” (P6).

“... uma parte dos agentes comunitários pegava muito junto, eram muito legais...” (P3).

De acordo com os depoimentos, o ACS foi referido como alguém que buscava estar próximo do residente multiprofissional, desenvolvendo atividades em conjunto, além de estar disposto a contribuir com informações relevantes sobre os casos acompanhados pelo residente. No estudo de Domingos et al. (2015), os ACS assinalaram que a inserção da Residência na unidade de saúde proporcionou um avanço no trabalho multiprofissional da equipe, tanto pela presença de residentes de diferentes áreas de conhecimento, que proporcionava um olhar ampliado diante dos casos; quanto pela prática dos residentes, que estava voltada para o trabalho interdisciplinar e influenciava, de certa forma, os outros profissionais a atuar da mesma maneira.

Outros participantes apontaram os ACS como os trabalhadores que mais procuravam os residentes para encaminhar usuários, o que era visto como um aspecto positivo, já que poderia estar refletindo na confiança do ACS para com o trabalho do residente. Os depoimentos também apontaram o agente comunitário como um valioso parceiro dos residentes nas atividades grupais. Assim, entende-se, a partir dos relatos dos participantes, que o ACS pode considerar a presença do residente como um ganho para seu próprio trabalho, na medida em que se sentiria acolhido e valorizado pelo residente, ao realizar atividades conjuntas, como visitas e grupos, além de ser escutado em suas contribuições sobre os casos.

Diante dos aspectos apresentados nessa categoria, entende-se que a relação da equipe de saúde e residente se apresenta complexa e delicada, mas ainda assim, potente. Dito isto, acredita-se que o diálogo entre os Programas de RMS, os residentes e as equipes de saúde é de extrema importância para uma experiência positiva do residente no campo de atuação. Assim sendo, para que a RMS se materialize como um cenário de aprendizagem é necessário que cada ator envolvido possa ter um claro entendimento de seu papel e suas responsabilidades, assim como do papel e das responsabilidades do outro.

4. Desafios atuais da Residência Multiprofissional em Saúde

Diante do cenário de aprendizagem da RMS, vários aspectos se destacam em meio a esse processo de ensino em serviço. Nessa categoria serão apresentados alguns elementos considerados como desafios presentes neste contexto. O primeiro deles diz respeito ao perfil do residente multiprofissional. Como abordado na primeira categoria, diversas podem ser as motivações para realizar uma RMS. Nesse sentido, diferentes interesses permeiam esse ambiente de formação, podendo ter influência na construção da trajetória de cada profissional:

“Ontem mesmo eu estava conversando com uma preceptora [...] ela estava dizendo que achava que também tinha muito a ver com a personalidade da pessoa, com características dela. Que tu via a partir desse processo também quem era o profissional que estava ali [...] está fazendo aquilo porque tá é uma especialização [...] e como uma forma de se sustentar também, e tem outras pessoas que estão por uma formação no SUS” (P2).

“... não que essa formação é frágil sabe, mas quanto isso depende de cada perfil, do residente, e qual a formação que tu quer traçar [...] o desenvolvimento dessa, da formação da Residência é muito do que tu quer buscar para ti também [...] mas também isso vai de cada um, não adianta, porque isso é de perfil, é de perfil...” (P3).

“... acho que a gente e aí no dia a dia consegue tensionar muitas coisas, claro depende também da aproximação e do entendimento que cada pessoa tem, e que também o processo de formação não é único, cada pessoa vai, a sua trajetória de formação vai ser diferente enfim, partindo das coisas que acredita...”(P1).

De acordo com os entrevistados, o perfil do residente, compreendido como características pessoais, interesses, valores, e concepções de saúde e atuação profissional parece apresentar grande influência no modo como este vivencia a RMS. Assim, para alguns profissionais, ela pode se constituir como uma formação para o SUS, que é o objetivo dos Programas, enquanto para outros pode ser encarada como um meio de sustento financeiro, ou apenas uma especialização, podendo não levar em consideração os aspectos potenciais dessa modalidade de ensino.

Sabe-se que desde o ano de 2002 as RMS têm recebido apoio do governo federal. No referido ano, foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento do Ministério da Saúde, as quais apresentavam formatos diversificados, mas com a perspectiva de trabalho integrado entre os diferentes profissionais. Segundo dados do governo federal, até o ano de 2006 o investimento nesse tipo de formação estava na ordem de quase 50 milhões de reais (Brasil, 2006). Passados alguns anos, a probabilidade é de que esse investimento tenha aumentado, visto que é cada vez maior o número de Programas por todo país. Como já referido neste artigo, só o estado do Rio Grande do Sul apresenta, atualmente, cerca de 22 programas de Residência.

Assim, o alto investimento nessa estratégia de formação em serviço, que apresenta grande carga horária teórica e prática, tem como objetivo desenvolver profissionais críticos, reflexivos e que sejam capazes de contribuir, de forma significativa, para a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS. Ou seja, a Residência aparece como uma estratégia do Ministério da Saúde e da Educação para operar mudanças nos modos de cuidado à saúde vislumbrando a atenção integral. Para isso, entende-se que o residente necessita acreditar nessa proposta. Porém, quando o residente não consegue se adaptar a proposta da Residência, ou não acredita nela, talvez por apresentar um entendimento ou interesse diferente, tanto a formação desse profissional, quanto os objetivos da RMS podem ficar comprometidos. Nesse sentido, as falas parecem revelar uma questão que pode não ter sido inicialmente pensada quando do projeto dessa formação: de que, devido ao cenário atual do mercado de trabalho, a Residência pode vir a representar uma forma de sustento financeiro para os profissionais da

saúde. Assim, a qualificação profissional, baseada na aprendizagem em serviço, pode vir a se tornar algo secundário nessa formação.

Cabe ressaltar que o presente estudo não pretende fazer uma crítica aos profissionais que entendem a Residência dessa forma, pois compreende-se que a inserção no mercado de trabalho não é tarefa fácil e pode desencadear diversos sentimentos e reações nos profissionais. Entretanto, entende-se que a partir do momento em que esse profissional ingressa na Residência, recebendo uma bolsa de valor significativo, que é, em muitos casos, maior que a remuneração de profissionais concursados do SUS, deve estar ciente da responsabilidade e do compromisso ético-político-social assumido perante essa proposta.

Tal questão aparece como um desafio atual das Residências, já que ter profissionais que não estão comprometidos com suas propostas não parece ser de interesse dos Programas, nem dos órgãos federais que os apoiam. Trata-se assim, de uma questão complexa que convoca ao diálogo os diversos atores inseridos nesse cenário de formação.

Outro ponto assinalado pelos psicólogos entrevistados volta-se para a questão de que mesmo profissionais que passaram por essa imersão teórica e prática voltada para o SUS, que é a Residência Multiprofissional, podem demonstrar algumas dificuldades de desenvolver práticas mais alinhadas as diretrizes do sistema público de saúde após a finalização dessa formação:

“... dentro da Unidade tem ex residentes, tem profissionais que já foram residentes e a gente vê uma atuação completamente distorcida, então...até que ponto a, a Residência tem essa força?[...] às vezes a gente vê pessoas que se, acabam a Residência e começam a atuar, tem todo esse aporte e começam a atuar numa forma bem contraditória...” (P3).

Através da análise da fala da participante (P3) percebe-se uma questão delicada e preocupante, já que não é esperado, após o grande investimento feito nesses profissionais, que residentes egressos reproduzam práticas contrárias aos princípios do SUS. Esse aspecto destoa do perfil desejado para egressos da RMS, como postulado por Schaedler (2010), que aponta como perfil desejado de egresso de uma Residência do município de Porto Alegre, entre outros aspectos, um profissional com capacidade de análise crítica dos serviços de saúde, que possa trabalhar em equipe através de uma perspectiva interdisciplinar com ênfase na humanização e na integralidade da atenção.

Nesse sentido, a autora assinala que a grande expectativa em relação as Residências Multiprofissionais diz respeito a possibilidade destas gerarem mudanças no perfil dos

profissionais egressos por meio do rompimento com o paradigma biologicista e pela adoção de uma nova perspectiva de cuidado (Schaedler, 2010). Sendo assim, o residente egresso pode vir a ser o profissional que busca tensionar a equipe para que repense sua forma de atuação, questionando práticas rígidas, muitas vezes, consolidadas, e que podem não estar sendo efetivas no cuidado à saúde da população.

Essas problematizações se fazem presentes no processo pedagógico de formação do residente, que é voltado para o trabalho no SUS, e que tem exercido papel estratégico no tensionamento ao modelo criticado e na produção de linhas de fuga no encontro educação-trabalho-saúde (Silva & Caballero, 2010). Ou seja, o profissional que passa por essa formação é instigado a repensar questões do trabalho em saúde nos espaços de discussão propostos pela RMS. A partir daí, a ideia é de que possa levar essa discussão para os serviços onde atua, mesmo após a conclusão do curso.

De acordo com o entendimento de trabalhadores de saúde participantes do estudo de Domingos et al. (2015), a inserção da Residência na unidade de saúde possibilitou a reflexão teórica sobre o trabalho cotidiano por meio da convivência diária com o residente. O aporte teórico apresentado pela Residência foi apontado como importante contribuição para a formulação e reorganização das ideias e valores dos profissionais das equipes, acarretando na mudança de práticas antigas instituídas na unidade.

Alguns estudos que abordam a temática da Residência destacam que grande parte de seus egressos tem conseguido encontrar espaço no mercado de trabalho, principalmente no SUS (Closs, 2010; Rossoni, 2010). Desse modo, o profissional que finaliza uma RMS pode vir a exercer uma função estratégica para possíveis transformações no modo de atuação das equipes de saúde, utilizando-se do conhecimento problematizado em sua formação, para provocar certa desacomodação nas equipes, promovendo uma reflexão sobre seu modo de atuação, e a produção conjunta de novas ações.

Diante do exposto, compreende-se que a consolidação das Residências Multiprofissionais ainda está em processo de construção, visto que vários Programas apresentam menos de dez anos de atuação. Assim sendo, muitos são os desafios impostos a essa formação, pois se trata de uma tarefa complexa provocar a mudança de um modelo consolidado, e que ainda hoje permeia o ensino em saúde. Contudo, esses desafios se fazem presentes no ambiente dessa formação e precisam ser discutidos e problematizados pelos Programas para que não haja uma distorção dos princípios e objetivos da RMS, resultando no desenvolvimento de profissionais não comprometidos com o SUS e incapazes de provocar transformações no pensar e fazer em saúde.

Considerações Finais

Através do presente estudo ficaram evidentes algumas das inúmeras potencialidades e desafios presentes no ambiente das Residências Multiprofissionais em Saúde. Sabe-se que essa modalidade de pós-graduação tem sido apontada como uma das principais estratégias de formação de profissionais para o trabalho no SUS ao propor a quebra de paradigmas há muito tempo instituídos.

Assim, a RMS foi apontada pelos participantes como um ambiente de aprendizagem que lhes permitiu experimentar conhecimentos e situações do cotidiano do SUS, os quais parecem não ter tido a reflexão e a problematização necessária na graduação. Do mesmo modo, os participantes destacaram a proposta de formação em serviço, que possibilitou um conhecimento significativo, baseado no diálogo e nas trocas entre os diferentes profissionais. Percebe-se que para os entrevistados, o espaço da Residência foi entendido como um lugar para aprender, o qual permitiu erros, novas tentativas e a construção e reformulação de ideias.

Os psicólogos residentes enalteceram a proposta de trabalho em equipe, vendo-a como um aspecto necessário dentro dos serviços de saúde. Da mesma forma, apontaram alguns elementos dificultadores desse processo como concepções e perspectivas de saúde diferentes, assim como formações com origens e épocas distintas. Apesar disso, parece que os residentes têm buscado transpor essas dificuldades, vislumbrando pequenas brechas para compor com outros profissionais, alinhando-se a perspectiva de trabalho em equipe proposta pela Residência.

A problematização da carga horária foi outro fator que teve destaque nas falas. Apontada pelos participantes como um fator negativo na formação, a questão das 60 horas foi assinalada como excessiva, já que estaria dificultando os residentes de refletir sobre suas ações, o que talvez tornasse o trabalho em saúde um pouco sem sentido. Diante disso, entende-se ser necessária uma maior discussão sobre essa questão, visto que um dos objetivos da RMS é formar profissionais críticos e reflexivos, o que pode estar sendo comprometido pelo estabelecimento de uma lógica acumulativa de aprendizagem. Além disso, entende-se que se o objetivo das Residências Multiprofissionais em Saúde é formativo, tal direito deve ser garantido.

Identificou-se alguns aspectos importantes presentes na relação do residente multiprofissional com a equipe de saúde. Sentimentos de desvalorização e de possessividade, além da falta de entendimento sobre o papel e o lugar do residente nos serviços foram compreendidos como fatores não favoráveis para o desenvolvimento de uma boa relação entre

esses atores. Parece que o residente ainda desperta certa estranheza nos outros profissionais da equipe, que não conseguem determinar um lugar para esse personagem. Nesse sentido, acredita-se que a presença do residente pode estar mobilizando diversos sentimentos e reações nos profissionais, sendo necessário que o residente possa estar ciente dessa situação. Da mesma forma, os Programas devem estar atentos a essa relação, dialogando com os campos de atuação para que a formação em serviço não fique prejudicada.

Cabe destacar que a relação com o preceptor ou tutor da psicologia não apareceu de modo expressivo nas falas dos participantes, apesar da presença diária de alguns desses profissionais junto aos residentes. Quando abordadas questões da equipe, os psicólogos geralmente se referiam aos profissionais da equipe mínima ou aos residentes de outros núcleos. Esse dado chama a atenção já que ao contar com a presença de um psicólogo fixo no serviço a aproximação com o residente da psicologia deveria acontecer sem grandes dificuldades. Pensando no processo de formação, é interessante a presença do profissional do mesmo núcleo para que o residente possa se espelhar em suas ideias e ações, refletindo sobre as dificuldades e potencialidades desse trabalho, principalmente quando o núcleo, como é o caso da psicologia, não faz parte da equipe mínima da Atenção Básica e enfrenta o desafio de consolidação de seu trabalho nesse contexto.

O perfil do residente não alinhado a proposta de ensino, assim como profissionais egressos que venham a desenvolver práticas incompatíveis com os princípios do SUS são alguns dos desafios presentes no cenário da Residência. Assim, a ideia de realizar um grande investimento financeiro no residente com o objetivo de capacitá-lo para o trabalho no SUS pode ficar comprometida, na medida em que possíveis interesses e entendimentos desse profissional não estejam alinhados a proposta da Residência. Nesse sentido, é necessário que os Programas possam refletir sobre esses desafios, já que podem ser questões cada vez mais presentes nesse contexto devido ao atual cenário do mercado de trabalho no país.

Salienta-se que ao apostar na produção de conhecimento entrelaçando teoria e prática, as Residências vislumbram mudanças no perfil dos profissionais da saúde e conseqüentemente no modo como a saúde vem sendo pensada e produzida no cotidiano do SUS. Contudo, para que essas mudanças sejam concretizadas é necessário que os residentes estejam cientes do importante lugar que ocupam diante da melhoria e da qualificação do sistema público de saúde.

Por fim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de outras pesquisas, em contextos diferentes do presente estudo, para que os aspectos aqui apresentados possam ser

mais bem compreendidos, potencializando essa discussão com vistas a aperfeiçoar essa importante estratégia de formação para o SUS.

Referências

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 30(3), 634-649.

Brasil. (2005). *Lei nº 11.129* (2005, 30 de junho). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis no 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2007). *Portaria Interministerial n. 45* (2007, 12 de janeiro). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf

Brasil. (2011). *Portaria nº 2.488* (2011, 21 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. (2012a). *Resolução nº 2* (2012, 13 de abril). Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192

Brasil. (2012b). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/2012* (2012, 12 de dezembro). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética.

Brasil. (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510/2016* (2016, 07 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Bioética.

Ceccim, R. B. (2005). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco.

Ceccim, R. B. (2010). Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp. 17-22). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2003). Residência Integrada em Saúde: uma Resposta da Formação e Desenvolvimento Profissional para a Montagem de Projeto de Integralidade da Atenção à Saúde. In R. Pinheiro, & R. R. A de Mattos (Orgs.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 211-226). Rio de Janeiro: Abrasco.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65.

Ceccim, R. B., & Carvalho, Y. M. de. (2006). Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. de Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 149-182). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Clemente, A., Matos, D. R., Grejanin, D. K. M., Santos, H. E. dos, Quevedo, M. P., & Massa, P. A. (2008). Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 17(1), 176-184.

Closs, T. T. (2010). *O serviço social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?* (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5195>

Dallegrave, D., & Kruse, M. H. L. (2009). No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 213-37.

Demarco, E. A., Baldisserotto, J., & Rocha, C. F. (2014). A perspectiva dos egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. In A. P. Fajardo, & D. Dallegrave (Orgs.), *RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde* (pp. 185-206). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 32 [número especial], 232-245.

Domingos, C. M., Nunes, E. de F. P. de A., & Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1221-1232.

Drago, L.C., Salum, R. L., Andrade, S. R. de, Medeiros, M., & Marinho, M. M. (2013). A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de interação cirúrgica: práticas e desafios. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 95-101.

Gomes, R. (2012). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In S. Deslandes, R. Gomes, & M. C. S. Minayo (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 79-108). Petrópolis: Vozes.

Larrosa, J. B. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19).

Lobato, C. P. (2010). *Formação dos trabalhadores de saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma cartografia da dimensão política* (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina, Londrina). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000157410>

Loch – Neckel, G., Seemann, G., Eidt, H. B., Rabuske, M. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1463-1472.

Martins, A. R., Rosa, K. R. K. K., Basso, K. F., Orofino, M. M. B., & Rocha, C. M. F. (2010). Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp.75-90). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Martins, L. F., Laport, T. J., Menezes, V. de P., Medeiros, P. B., & Ronzani, T. M. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4939-4750.

Mello, A. de L. (2016). *Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria). Recuperado de http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7824

Minayo, M. C. de S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9a ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.

Miranda Neto, M. V de. (2015). *Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13052015-125610/pt-br.php>

Nascimento, H. M. do. (2014). *A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco: um olhar dos primeiros egressos* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife). Recuperado de <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/12847/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Hercilia%20Melo%20do%20Nascimento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nascimento, D. D. G. do, & Oliveira, M. A. de. (2010). Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 814-827.

Oliveira, C. F. de. (2009). A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (Dissertação de Mestrado,

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4948>

Oliveira, C. F. de, & Guareschi, N. M. de F. (2010). Formação de Profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimento? In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp.91-113). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Pasini, V. L. (2010). *Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS* (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4833>

Rosa, K. R. K. K. (2010). *Residência Multiprofissional em Saúde: um mosaico de saberes*. (Monografia de curso de especialização), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.

Rossoni, E. (2010). *Formação Multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27073>

Schaedler, L. I. (2010). *Por um Plano Estético da Avaliação nas Residências Multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/25842>

Scherer, M. D. dos A., Pires, D. E. P. de, & Jean, R. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3203-3212.

Silva, A. T. C., & Menezes, P. R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 921-929.

Silva, Q. T. A. da, & Caballero, R. M. da S. (2010). A Micropolítica da Formação Profissional na Produção do Cuidado: Devir-residência. In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha, & V. L. Pasini (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp. 61-73). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Silveira, M. A. M. da, & Pasini, V. L. (2014). Objetivos de formação da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e sua relação com os Trabalhos de Conclusão. In A. P. Fajardo, & D. Dallegrave (Orgs.), *RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde* (pp. 225-246). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Trentin, V., & Fajardo, A. P. (2014). Práticas Interdisciplinares nos Processos de Formação em Atenção Primária à Saúde. In A. P. Fajardo, & D. Dallegrave (Orgs.), *RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde* (pp. 117-136). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

7 ARTIGO 2

**A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA PARA O SUS: MOVIMENTOS DE
APROXIMAÇÃO E NOVOS DESAFIOS**

Resumo

O presente estudo teve como objetivo abordar a formação acadêmica de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, para um trabalho no SUS e na atenção básica. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, que contou com a participação de oito psicólogos residentes, que pertenciam às áreas de ênfase Saúde da Família e Comunidade, e Atenção Básica em Saúde Coletiva de dois Programas de Residência do município de Porto Alegre, RS. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Evidenciaram-se movimentos de aproximação dos cursos de graduação em psicologia com as temáticas do SUS, Saúde Coletiva e Políticas Públicas, o que parece ter proporcionado certa ampliação do olhar dos psicólogos para esse contexto de atuação. Também constatou-se que para além da inclusão de disciplinas voltadas para as temáticas já referidas, a maneira como essas foram abordadas pelos docentes foi enfatizada pelos participantes, destacando a importância de professores identificados com as propostas do SUS. Além disso, discutiu-se a valorização da disciplina de grupos na graduação em psicologia como um subsídio importante da atuação do psicólogo na atenção básica. As considerações finais indicam potencialidades e impasses na formação em psicologia para o trabalho no SUS e na atenção básica.

Palavras-chave: Ensino da Psicologia; Formação Profissional; Formação do Psicólogo; Políticas Públicas.

PSYCHOLOGY TRAINING FOR WORKING IN THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM *SUS*: MOVEMENTS OF APPROACH AND NEW CHALLENGES

Abstract

This study aimed to discuss the academic training of psychologists related to Multiprofessional Residency in Health Care Programs, for working in the Brazilian Public Health Care System (*Sistema Único de Saúde – SUS*) and in primary health care. Therefore, it was conducted a qualitative research with eight psychology residents, who were developing their activities in two residency programs: Family and Community Health Care and Primary Care on Public Health Care, in the city of *Porto Alegre*, Brazil. For the data collection, there were conducted semi-structured interviews, which were analyzed through the thematic analysis. There were perceived movements of approaching of the bachelor's degree in psychology to the themes of *SUS*, Public Health, Public Policies, which seem to have provided resources for the psychologists to perform activities in that context. It was also observed that besides the addition of subjects related to the themes already mentioned, the way that those subjects were discussed by the professors were emphasized by the participants, showing the importance of professors who feel identified to the *SUS* purposes. Furthermore, it was discussed the value of the discipline of groups in the bachelor's degree in psychology as an important tool for the practice of the psychologist in primary health care. The final remarks point out to potentialities and obstacles in the psychology training for working in the *SUS* and in the primary health care.

Keywords: Teaching of Psychology; Professional Training; Psychologist Training; Public Policies.

Introdução

Em meio a um cenário de discussões sobre a formação de profissionais para o trabalho nas políticas públicas de saúde no Brasil, os cursos de psicologia têm sido incentivados a realizar mudanças em sua organização curricular. Estabelecida como uma profissão que durante muito tempo trabalhou por meio de um viés clínico, individual, atendendo a uma clientela elitizada, a psicologia hoje se vê diante da ampliação de suas áreas tradicionais de atuação e do comprometimento acerca da reflexão de seus saberes (Dimenstein, 2001; Yamamoto, 2003; Bock, 2003; Silva & Yamamoto, 2013).

Uma das áreas que tem proporcionado um importante espaço, nos seus três níveis de atenção, para o trabalho do psicólogo é o Sistema Único de Saúde (SUS), que é considerado o arranjo organizacional responsável pela efetivação da política de saúde e uma das principais inovações da reforma do Estado Brasileiro (Vasconcelos & Pasche, 2006; Dimenstein, 2001). Um estudo realizado por Spink, Bernardes, Santos e Gamba (2010), revelou a presença de 14.407 psicólogos no SUS, no ano de 2006, representando, assim, um número considerável de profissionais dedicados as políticas públicas de saúde.

De fato, a inserção de psicólogos no SUS tem se mostrado crescente. A literatura assinala que essa nova conformação da profissão tem gerado um importante debate a respeito da formação e atuação voltada para essa área, e em especial ao trabalho na atenção básica (Dimenstein & Macedo, 2010; Spink & Matta, 2010; Ferreira Neto, 2011; Azevedo, Tatmatsu & Ribeiro, 2011).

Em pesquisas desenvolvidas sobre a atuação de psicólogos nesse contexto verificou-se a presença do modelo de clínica privada, com enfoque individual, curativo e voltado para a psicoterapia de longa duração (Dimenstein, 1998, 2001; Böing & Crepaldi, 2010; Dimenstein & Macedo, 2010; Spink & Matta, 2010). Não por acaso, Nepomuceno (2014) afirma que a psicologia tem atuado de forma limitada e mesmo incipiente nas políticas públicas de saúde. Parece que, em muitos momentos, as práticas psicológicas se apresentam irrefletidas e conseqüentemente descontextualizadas. Sobre essa questão, estudos indicam que apesar da ampliação dos campos de trabalho, o psicólogo continua a desenvolver atividades muito semelhantes, independente do contexto em que se encontra (Bastos, Gondim & Borges-Andrade, 2010).

No entanto, a forma como o SUS aborda as questões da saúde, ou seja, através de um olhar ampliado sobre os diferentes aspectos de vida da população, demanda um profissional capaz de desenvolver práticas condizentes com essa perspectiva de cuidado (Reis &

Guareschi, 2013). As reflexões das autoras se assemelham ao que é discutido por Dimenstein e Macedo (2010) ao afirmarem que o trabalho no SUS implica em uma formação que considere diferentes aspectos, um conhecimento interdisciplinar e o compromisso com o desenvolvimento de práticas voltadas às necessidades da população.

No que diz respeito ao nível de atenção básica, considerada porta de entrada do sistema público de saúde (Starfield, 2002), a literatura confere destaque a necessidade de aprofundamento de questões relacionadas a formação do psicólogo para que não haja a simples transposição de ações do modelo clínico tradicional ao nível primário de atenção à saúde (Soares, 2005; Böing & Crepaldi, 2010). Nepomuceno (2014) destaca um processo de reconfiguração que vem sendo realizado no âmbito da saúde, com a criação de novos ambientes de trabalho, tais como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que possibilitam uma atuação diferenciada do psicólogo no sistema público. Contudo, o autor ressalta que a entrada da psicologia nesses cenários ainda desperta um despreparo histórico da categoria para desenvolver um trabalho em sintonia com os imperativos de mudança.

Desse modo, um dos desafios que o psicólogo enfrenta ao trabalhar no SUS é o de uma formação mais próxima de seus princípios e das necessidades de seus usuários (Spink & Matta, 2010). Mas essa não é uma preocupação apenas desse núcleo profissional. A literatura evidencia que a formação de profissionais na área da saúde, na qual também se encontra a Psicologia, ainda apresenta um ensino clássico, tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos, se mostrando distante da realidade social (Dimenstein & Macedo, 2010; Ceccim & Feuerwerker, 2004). Nesse sentido, a necessidade de mudanças na formação em saúde tem sido uma questão bastante debatida no país, provocando movimentos nos cursos de graduação. Essas propostas formativas partem do entendimento de que a formação é uma das questões centrais no que diz respeito à transformação das práticas profissionais mais alinhadas as políticas de saúde (Biscarde, Pereira-Santos & Silva, 2014).

Em relação à formação dos psicólogos, as intensas discussões sobre mudanças no ensino acadêmico ganharam força com a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Psicologia, no ano de 2004. O referido documento sugere novos caminhos para a formação desse profissional, através de uma concepção de ensino generalista, que incentiva uma maior flexibilização dos desenhos curriculares (Ceccim & Carvalho, 2005), e que apresenta como uma de suas ênfases a atenção à saúde.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares propõem a articulação de conteúdos e o desenvolvimento de competências e habilidades que buscam despertar no acadêmico a

compreensão da importância da integração do ensino, dos serviços de saúde e da comunidade, como meio de aproximar o estudante da realidade dos locais de atuação (Abdalla, Batista & Batista, 2008). Os autores ainda discutem a necessidade de rompimento com a prática pedagógica ainda presente nas universidades, voltada para a mera reprodução e transmissão do conhecimento, bem como a importância de investimentos em espaços de aprendizagem que valorizem o trabalho em equipe multiprofissional, a compreensão da realidade do SUS e da produção de práticas compatíveis com tal realidade.

Assim, movimentos de mudanças no ensino acadêmico têm produzido importantes e necessárias reflexões sobre o tipo de profissional que os cursos de psicologia vêm formando para atuar na área das políticas públicas de saúde. Dito isto, é indiscutível o papel que a formação exerce na construção de trabalhadores afinados a proposta política do SUS (Dimenstein & Macedo, 2010).

Nesse sentido, Spink, Bernardes e Menegon (2006) destacam a necessidade de potencializar as transformações na graduação através da reflexão crítica acerca das experiências práticas da psicologia no SUS, bem como a produção relacionada com a saúde pública. A partir dessa perspectiva, procurou-se investigar se a formação acadêmica recebida por psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, foi condizente com as exigências para um trabalho no SUS e na atenção básica. Cabe ressaltar que este é um recorte da pesquisa de Mestrado intitulada “Práticas Psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em Residência Multiprofissional em Saúde”, na qual buscou-se compreender a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de RMS, no âmbito da atenção básica.

Caminho Metodológico

O presente estudo constitui-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, partindo da premissa que, esse tipo de pesquisa valoriza a subjetividade e aplica-se, principalmente, ao estudo das relações e percepções humanas, buscando a análise do fato a partir da perspectiva das pessoas que estão envolvidas no fenômeno (Minayo, 2006; 2014).

Os participantes do estudo foram oito psicólogos residentes vinculados a dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde do município de Porto Alegre, RS. Os participantes pertenciam as áreas de ênfase Saúde da Família e Comunidade e Atenção Básica em Saúde Coletiva, e como critério de inclusão deveriam estar cursando o segundo ano (R2) da RMS. Tal critério foi utilizado

considerando que os residentes já teriam a experiência prática de um ano nos campos de trabalho, o que possibilitaria melhor atender aos objetivos do estudo.

Algumas características dos participantes serão apresentadas na tabela a seguir. Contudo, por questões éticas, optou-se por não realizar a identificação do Programa de RMS ao qual o participante estava vinculado, visto que essa informação poderia acarretar na identificação do residente devido as especificidades do estudo. Essa escolha está amparada na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual assinala, nos incisos VII e VIII do artigo 3º, como princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, da privacidade dos sujeitos da pesquisa e da proteção de sua identidade, além da garantia da não utilização, por parte dos pesquisadores, de informações obtidas em prejuízo dos participantes.

Tabela 1 – Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Instituição de Ensino Superior	Ano de conclusão da graduação	Outra especialização	Experiência profissional
P1	F	26	Privada	2014	Não	Não
P2	M	31	Privada	2014	Não	Sim
P3	F	25	Privada	2014	Sim	Não
P4	F	25	Pública	2014	Não	Não
P5	M	24	Privada	2013	Não	Sim
P6	F	24	Pública	2014	Não	Não
P7	F	31	Privada	2011	Sim	Sim
P8	F	26	Pública	2013	Não	Não

Como pode ser visualizado na tabela, duas participantes já haviam realizado outra especialização. A primeira delas em Terapia Cognitivo-Comportamental, e a segunda em Avaliação em Serviços de Saúde. Por sua vez, no período anterior a RMS, um dos participantes trabalhou com acompanhamento terapêutico, outro residente desenvolveu atividades durante seis meses em consultório particular, enquanto uma das participantes estava vinculada ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por cerca de três anos. Os demais psicólogos tiveram seu ingresso na Residência Multiprofissional logo após a conclusão do curso de graduação.

Primeiramente, realizou-se o contato com as Coordenações dos dois Programas de RMS para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após o aceite por parte das Coordenações, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob nº CAAE 56594116.2.3001.5530. Uma das Instituições é coparticipante do estudo, a pedido da mesma.

O contato com os residentes se deu através das coordenadoras dos Programas: a primeira delas possibilitou um encontro com os residentes em uma aula de núcleo da Psicologia; enquanto a outra coordenadora forneceu a relação dos residentes e seus contatos de email. Assim, foram efetivados os convites para participação no estudo.

Em relação à coleta dos dados, esta foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, que foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes, ocorrendo na sede das Instituições. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Vale ressaltar que o estudo atendeu a todas as exigências da ética em pesquisa segundo a Resolução nº 466/2012. Destaca-se que a presente pesquisa também se encontra fundamentada pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual foi aprovada em 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Procurando manter o anonimato dos participantes, ocultou-se qualquer informação que pudesse identificá-los. Dessa forma, as falas foram apresentadas com a letra P (participante), seguidas do número que representava a ordem das entrevistas (P1, P2, P3...). Do mesmo modo, na tabela que apresenta os participantes, estes não estão separados por Programa de RMS, já que este dado poderia infringir a questão do anonimato, assim como, ao longo da apresentação e discussão dos resultados, não há indicação de qual Programa de RMS o participante estava vinculado.

As entrevistas foram orientadas a partir de tópicos guia estabelecidos de acordo com os objetivos do estudo, são eles: 1) Formação Acadêmica; 2) Experiência Profissional e 3) Percepção sobre o trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde. O presente artigo procurou discutir questões abordadas pelos residentes quando tratado, principalmente, o primeiro tópico guia, o qual atentou para os aspectos que envolviam a formação acadêmica dos participantes para um trabalho no SUS e na atenção básica.

Para a análise dos dados oriundos das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2010), assim como a modalidade de análise de conteúdo temática (Minayo,

2014). A partir desse processo, foram desenvolvidas categorias e subcategorias, que são apresentadas nos resultados desse artigo, quais sejam, 1. Movimentos da formação em psicologia: a aproximação com o contexto do SUS; 2. Subsídios para a formação em psicologia (Valorizando SUS e SUAS: a importância da temática das políticas públicas; Disciplina de grupos: um diferencial no trabalho do psicólogo na atenção básica).

Resultados e discussão

1. Movimentos da formação em psicologia: a aproximação com o contexto do SUS

Nessa primeira categoria serão apresentados aspectos do processo formativo dos participantes, bem como a proposta de duas Instituições de Ensino, as quais parecem promover uma aproximação dos acadêmicos com o contexto da saúde, estando em concordância com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Da mesma forma, discute-se o papel dos professores no fortalecimento de disciplinas voltadas para o trabalho no SUS e na atenção básica.

No que diz respeito a formação dos psicólogos residentes entrevistados, a maioria assinalou a presença de um número significativo de disciplinas as quais abordavam temáticas do Sistema Único de Saúde, Saúde Coletiva e/ou Políticas Públicas. Tal questão foi entendida pelos participantes como um ponto positivo de sua formação, visto que proporcionou uma importante aproximação com o contexto público de saúde, trabalhando diferentes aspectos da atuação do psicólogo:

“... tem muitas disciplinas de políticas públicas, saúde coletiva enfim, de políticas públicas de saúde, políticas públicas no geral assim para poder também dar conta das políticas de educação, de assistência social [...] é uma formação bem, para mim, bem importante assim, é um curso que propicia que a gente tenha contato com várias dimensões assim, de aspectos de trabalho, das práticas do psicólogo...” (P1).

“Tive disciplinas de saúde coletiva e políticas públicas, tive disciplina de psicologia da saúde, que era voltado mais para as políticas públicas específicas da saúde, de como a Psicologia atua minimamente assim [...] ela fazia uma certa relação com a psicologia comunitária, do trabalho com as áreas da saúde, estudos de caso...” (P4).

“Tive várias assim, eu acho que a X [universidade onde realizou a graduação] começou o curso de Psicologia para formar na saúde, então tive muitas cadeiras de políticas públicas e

pensando até em saúde coletiva, o quanto que é o papel do psicólogo dentro do SUS, então eu acho que foi uma formação bem para isso assim...” (P8).

Os discursos dos participantes parecem apontar para importantes mudanças que tem sido incentivadas nos currículos de graduação em psicologia após a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais que, além de outros aspectos, propõem uma formação de cunho generalista que proporcione a inclusão de saberes e práticas voltadas para a atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde (Reis & Guareschi, 2013). Desse modo, parece ser possível inferir que os cursos de psicologia, nos quais os participantes concluíram suas graduações, apresentam a oferta de disciplinas que buscam propiciar certa ampliação do olhar dos acadêmicos para além do modelo clínico tradicional, o que condiz com as propostas das Diretrizes Curriculares. Silva e Yamamoto (2013) apontam que apesar do modelo clínico ainda exercer certo fascínio sobre a formação e o exercício profissional do psicólogo, novos espaços de atuação se evidenciam, ampliando as oportunidades profissionais. Nesse sentido, compreende-se que o ensino da psicologia precisa atentar para os múltiplos cenários de atuação do psicólogo adequando suas grades curriculares as novas demandas. Sendo assim, acredita-se, como Soares (2005), que as instituições formadoras devem repensar o profissional psicólogo que desejam formar, considerando a mudança dos paradigmas que as tem orientado até o momento.

Cabe ressaltar que duas instituições de ensino superior tiveram destaque nas entrevistas. A primeira delas, citada por (P1) e (P5), é uma Instituição Privada de Ensino que, de acordo com os psicólogos, realizou mudanças em seu currículo entre os anos de 2009 e 2010, estabelecendo duas ênfases de formação, uma delas com enfoque em políticas públicas, e a outra em processos clínicos. Segundo os participantes, as duas ênfases proporcionavam certa abertura para diferentes disciplinas e estágios, não se constituindo como um currículo fechado, conforme relatado por (P1) “... além da gente ter uma formação, claro mais nesse formato digamos mais clínico, enfim das linhas teóricas, de abordagem da psicologia, tem muitas disciplinas de políticas públicas...”. É importante salientar que a residente realizou a graduação com ênfase em políticas públicas, enquanto (P5) em processos clínicos. Contudo, o participante também aponta para a flexibilidade assinalada anteriormente:

“... como eu peguei essa etapa de transição do curso, eu acabei tendo que optar pela ênfase clínica para conseguir me formar no tempo [...] mas assim, isso é bem flexível, tanto que o

meu TCC, a minha prática toda era mais voltada mais para a saúde pública apesar da ênfase ser clínica...” (P5).

Já a segunda Instituição é uma Universidade Pública, onde o curso de Psicologia formou sua primeira turma no ano de 2012. As participantes (P4) e (P8) realizaram sua graduação na Instituição. Nesse sentido, assinalaram que o curso apresenta grande enfoque para a área da saúde, não apenas com a presença de disciplinas voltadas para a temática, mas com o desenvolvimento de estágios, projetos de extensão e a aproximação com serviços públicos de saúde, o que foi valorizado pelas psicólogas residentes. Além disso, (P4) apontou essa característica do curso como fundamental para a decisão de realizar a RMS: *“... eu considero que a minha graduação foi bem importante na minha decisão assim de fazer Residência, acho que eles fizeram um start bom...”*.

Dito isto, além da importância da inclusão de disciplinas voltadas para a Saúde Coletiva, Políticas Públicas e SUS, na busca por uma formação mais alinhada as atuais demandas dos espaços de atuação do psicólogo, considera-se positiva que a presença de tais disciplinas, assim como psicologia comunitária, social, da saúde, psicologia do trabalho e institucional, que também foram assinaladas pelos participantes como importantes no que diz respeito a uma formação ampliada e reflexiva, possa estar produzindo certo interesse nos acadêmicos para maior aproximação com o contexto do SUS e mesmo com as RMS.

De certo modo, essa questão é referida por uma das psicólogas que entende ser uma particularidade do seu curso de graduação apresentar uma proposta mais alinhada as questões do SUS, já que se trata de um curso novo, mas apresenta um contraponto:

“É, eu acho que os cursos mais antigos tinham mais o caráter de clínica então... acho que quando a Psicologia entrou na X [universidade onde realizou a graduação] eles tiveram muito esse cuidado de apresentar a clínica, mas como um ponto do fazer do psicólogo, que tinha muito mais essas outras possibilidades... que bom, não é falado em outras instituições” (P8).

A importante reflexão da participante de que o contexto clínico é *“um ponto do fazer do psicólogo”*, mas não o único, parece despontar como uma possível consequência das atuais mudanças nos currículos que conseqüentemente visam operar transformações no modo de pensar dos profissionais da psicologia. Assim, quando Dimenstein (2001) destaca que os

psicólogos precisam incorporar uma nova compreensão de prática profissional, rompendo com ações isoladas e com uma identidade profissional hegemonicamente ligada a do psicoterapeuta, a compreensão apresentada pela residente parece revelar a construção de um pensamento alinhado a ideia desenvolvida pela referida autora.

Na contramão desse movimento de mudanças nos currículos exposto até o momento, apresentam-se os relatos de alguns participantes, que durante sua graduação vivenciaram currículos mais tradicionais, com poucas disciplinas voltadas para um trabalho no SUS:

“... cheguei a ter duas cadeiras, três no máximo, que era aquelas cadeiras de psicologia comunitária enfim, mas sim tive, pouco, muito pouco tive, porque a formação da X [universidade onde fez a graduação] ela é muito voltada para clínica privada mesmo, e agora que está se abrindo mais para, até por uma questão de mercado” (P2).

“... a minha turma era a última turma do currículo antigo da X [universidade onde fez a graduação] em psicologia, então eu peguei a última turma que ainda era do currículo antigo. O currículo novo, sim, está bem diferente, tem bem essa coisa da saúde como, e da política pública como norte. O meu não...” (P6).

“... eu sei que hoje em dia a X [universidade onde fez a graduação] modificou o currículo tá, mas sim começou a dar atenção mais para essas disciplinas de políticas públicas. Na minha época, como eu sempre gostei, eu ia atrás então, as eletivas que a gente tinha eu ia para o Serviço Social sabe, que tinha saúde coletiva, tinha SUS então eu que ia atrás, mas o currículo da psicologia não abordava, não abordava...” (P7).

As falas dos residentes acabam por reforçar discussões presentes na literatura sobre o ensino oferecido por cursos de psicologia no país (Dimenstein, 1998, 2000; Romagnoli, 2006; Spink & Matta, 2010; Azevedo et al., 2011). Tais estudos apresentam diversas críticas a formação dos psicólogos que ainda hoje mantém algumas lacunas no que diz respeito ao investimento em temáticas voltadas principalmente para o campo da saúde. Contudo, a formação em psicologia sofreu incisivas mudanças, de uma formação mais clínica e psicanalítica para uma perspectiva mais social e uma opção pela saúde pública, podendo se inferir, tal como apontado pelo participante (P2), que o mercado de trabalho seria um elemento importante para essas mudanças.

Em material organizado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP (2010), o qual abordava a atuação de psicólogos na atenção básica à saúde, estes apontaram para o despreparo diante dos desafios políticos, sociais e profissionais do contexto público. Além

disso, os psicólogos relataram uma formação em descompasso com o trabalho exigido na atenção básica o que, segundo eles, resultava em um aprendizado que ocorria na prática. As importantes discussões construídas nesse material mostram a relevância que o ingresso do psicólogo no cenário da saúde tem apresentado, impulsionando novos estudos, vistos como necessários, sobre a importante interface da psicologia com o SUS, a Saúde Coletiva e a atenção básica.

Seja por incentivo das Diretrizes Curriculares Nacionais ou pela crescente inserção de psicólogos em cenários como NASF, atenção básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os cursos de graduação de (P2), (P6) e (P7) sofreram mudanças curriculares, e apresentam atualmente, segundo os entrevistados, propostas de ensino que buscam acompanhar as novas conjunturas da formação em psicologia.

Cabe destacar que a questão apontada por (P7) de sua procura por disciplinas que oferecessem certa aproximação com o SUS, Políticas Públicas, e de certa forma com a atenção básica, também se fez presente no discurso de outros participantes. Seus relatos mostraram tanto uma procura por disciplinas em outros cursos de graduação, quanto o envolvimento com projetos de extensão, cursos, oficinas, palestras, voluntariado e estágios que proporcionassem conhecimentos teóricos e práticos sobre o trabalho no sistema público de saúde. Entende-se, dessa forma, que os participantes do estudo já vinham trilhando caminhos próximos ao nível da atenção básica, o que pode demonstrar um interesse despertado na graduação e que vem sendo construído junto a RMS.

É importante situar que quando questionados se sua formação havia fornecido subsídios para um trabalho na atenção básica e no SUS, alguns psicólogos reconheceram que sua graduação havia tido algumas deficiências, e mesmo aqueles que apresentaram uma resposta positiva revelaram aspectos consideráveis para a discussão: interesse próprio de buscar por atividades que fortalecessem a formação, a influência de professores, assim como o entendimento de que a parte prática colaborou mais do que a teoria:

“A formal mesmo, a acadêmica (risos) hum não, não, isso eu busquei fora...” (P2).

“Eu acho que sim, pelo que eu fiz, mas não a graduação em si [...] o currículo não me permitia, se eu fosse seguir só o currículo eu não teria me aproximado de nada assim, se eu não tivesse feito por fora talvez eu não teria...o currículo não me instigou a isso, quem me instigou foi esse professor pela via do teatro...” (P6).

“... eu considero justamente por ter alguns professores que estavam enfim dentro desse, do SUS enfim, das instituições, que andavam muito, mas foi mais pelo meu interesse...” (P3).

“Pelo estágio sim, pelo estágio, eu acho que pelo estágio me ajudou bastante, por exemplo, no estágio a gente fazia matriciamento, a gente participou de reuniões de matriciamento e hoje é uma coisa que eu faço muito porque eu estou no NASF, então o estágio sim propiciou bastante assim, mas a questão teórica nem tanto assim” (P4).

Assim, o que se percebe é que os movimentos que estão sendo feitos pelos cursos para o desenvolvimento de propostas de ensino mais alinhadas as questões do SUS parecem ainda não ter o investimento necessário e esperado na visão dos psicólogos entrevistados. As falas dos residentes corroboram com esse entendimento:

“... eu acho que a gente enquanto profissional da psicologia tem que repensar algumas coisas assim, que a gente aprende na faculdade, porque eu acho que a faculdade realmente não nos ensina, e olha que eu passei por uma formação que é, que era do SUS assim, mas a faculdade não nos ensina a ser psicólogo para o SUS, acho que isso é uma coisa que a gente precisa trabalhar muito...” (P8).

“... acho que vem passando por uma modificação, mas isso vai depender muito da gente assim, das nossas experiências, da gente poder avaliar e monitorar isso que a gente está passando e exigir mudanças até de formação...” (P2).

Desse modo, parece que a graduação ainda se mostra um pouco distante do cenário do SUS, apresentando dificuldades para inserir, de fato, conteúdos importantes para o trabalho na saúde, questão que foi percebida quando os participantes se depararam com o campo de prática da RMS. Pasini (2010) faz uma colocação interessante em sua tese de doutorado, a qual aborda a temática da Residência Multiprofissional, ao indagar o tipo de profissional que está sendo formado para atuar na saúde. Ainda que em seu texto a autora aborde principalmente o âmbito da RMS pode-se fazer a articulação de suas ideias com as do presente estudo, uma vez que se entende que esse questionamento possa vir a produzir importantes reflexões para a formação acadêmica dos psicólogos. Baseando-se na indagação da autora, concorda-se com a residente (P8) de que o ensino em psicologia parece ainda não dar conta de formar profissionais qualificados para lidar com os desafios propostos pelo SUS apesar de movimentos que vem sendo realizados pelos cursos. Dito isto, acredita-se que as trajetórias dos participantes aqui relatadas revelam profissionais comprometidos com sua

formação, que se identificam e valorizam os serviços públicos, e que tiveram de alguma forma, esse interesse despertado em sua graduação.

Outro aspecto que deve ser salientado em relação a formação dos entrevistados foi a presença de professores que se mostraram importantes em seu percurso acadêmico. Os depoimentos mostram que esses docentes foram fundamentais para aproximar os psicólogos do contexto do SUS:

“... é que na X [universidade onde realizou a graduação] a gente tem professores, enfim, bem identificados com a questão da saúde coletiva, enfim, pelo SUS, as políticas públicas, e aí a gente tem lá, é bem marcante assim a realização do Ver-SUS...”(P1).

“... eu digo muito isso, porque um dos professores meus, meu, foi o X que ele era da rede assim, dos Caps e tudo mais. Então acho que isso ajudou bastante ter. Um outro professor meu era o X que foi na época da 4ª Coordenadoria [de saúde] então acho que muito também por esses professores trazendo sabe e das leituras...” (P3).

Através da análise das falas das residentes compreende-se que não basta apenas incluir as disciplinas voltadas para o SUS, Políticas Públicas e Saúde Coletiva, como forma de estar de acordo com as DCN, mas como essas disciplinas serão trabalhadas e exploradas pelos docentes responsáveis. No entendimento de autores como Freire (2011) a educação precisa ser vista como transformadora da realidade do sujeito que é educado, e não deve estar limitada a simples transmissão de conhecimentos, gerando o acúmulo de informações. Nesse sentido, o autor destaca que a educação deve possibilitar ao aluno realizar sua própria construção do conhecimento. Sendo assim, compreende-se que essa questão foi contemplada no ensino dos entrevistados, visto que estes assinalaram que alguns professores se tornaram uma espécie de inspiração, devido a forma como abordavam as temáticas, mostrando as possibilidades de atuação da psicologia no serviço público e, de certa forma, valorizando o lugar desse profissional.

Segundo Soares e Verissimo (2010), a relação estabelecida entre professor e aluno na formação universitária em psicologia consiste em base formadora da atitude ética do futuro psicólogo. As reflexões desenvolvidas pelos autores defendem a relevância dessa relação, ao mencionar que mais importante do que ter contato com os ensinamentos das grades curriculares, é o vínculo estabelecido entre professor e aluno, que produz sentido a aprendizagem e repercute no exercício de tornar-se psicólogo.

Assim, a presença dessas importantes figuras na graduação parece ter impulsionado os participantes a novos questionamentos e ajudado a despertar seu interesse para um trabalho no SUS. Em seus depoimentos, os psicólogos mencionam a importância dos professores conhecerem o funcionamento dos serviços de saúde, seus desafios e suas potencialidades, pois entendem que esse fato torna o ensino mais próximo do que é vivenciado pelos profissionais no cotidiano de trabalho:

“... eu acho muito ruim pensar tipo a academia uma coisa muito, eu vejo muito descolada da prática [...] porque eu acho muito ruim professor ou outras coisas que trabalham com essa temática, mas que nunca tiveram a inserção de verdade então... eu acho que precisa conhecer o trabalho, acho que um pouco isso de conhecer e também de produzir mudanças, de fortalecer o SUS, de estar inserida assim” (P6).

Cabe destacar que o distanciamento entre o ensino acadêmico e os cenários de práticas, apontado pela residente (P6), ainda permanece como desafio. Entretanto, atualmente, as RMS constituem importantes estratégias para superação dessa distância que historicamente preocupa os idealizadores do sistema de saúde no país (Lima, 2015).

Como exemplo disso, o estudo desenvolvido por Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), o qual apresenta a inserção de psicólogas residentes no nível de atenção básica de um município do Rio Grande do Sul, assinala a importante aproximação que estava sendo construída entre a RMS e os cursos de graduação em psicologia do município, por meio da realização de estágios em unidades de saúde onde as residentes desenvolviam suas atividades. Nesse sentido, as autoras destacam a formação da Residência Multiprofissional como uma possível estratégia de mudança da postura profissional dos psicólogos frente aos desafios propostos pelo contexto do sistema público de saúde.

Assim, entende-se que pode ser um aspecto favorável a graduação uma progressiva aproximação com a lógica de ensino da Residência Multiprofissional, como forma de promover uma importante articulação entre prática e formação que se faz necessária diante dos diversos desafios tanto na concretização de práticas, quanto na construção de conhecimentos voltados as demandas do sistema público de saúde.

2. Subsídios para a formação em psicologia

Esta categoria tem o propósito de discutir a importância da valorização de algumas disciplinas na grade curricular dos cursos de psicologia. As reflexões aqui apresentadas podem ser entendidas como sugestões a serem apreciadas para a formação dos psicólogos que tem se revelado no cenário da RMS, mas que podem ser ampliadas a atuação desse profissional no contexto da atenção básica de um modo geral. Assim, a primeira subcategoria versa sobre a formação voltada para a área das políticas públicas, enquanto a segunda aborda a importância da disciplina de grupos para um trabalho no nível de atenção primária.

2.1 Valorizando SUS e SUAS: a importância da temática das políticas públicas

Em seus depoimentos, os entrevistados assinalaram algumas áreas, de conhecimento e atuação, em que acreditam ser importante um maior investimento das universidades, já que, segundo eles, são campos que tem possibilitado uma crescente inserção dos psicólogos:

“... acho que a gente tem que começar a valorizar mais a saúde pública dentro da formação de psicologia, assim como assistência social, porque são campos de trabalho, estão surgindo cada vez mais, estão nos chamando cada vez mais, então acho que sendo assim eles têm que estar mais presentes na formação da psicologia...” (P5).

No entendimento do residente, as graduações em psicologia devem estar mais atentas aos conteúdos voltados para as políticas públicas, tanto da assistência social quanto de saúde, que se evidenciam como áreas emergentes para a atuação desses profissionais. Em pesquisa realizada com egressos do curso de graduação em psicologia de uma Universidade pública do município de Porto Alegre, sugestões sobre mudanças curriculares também foram apontadas pelos entrevistados, as quais incluíam maior contato com o mercado de trabalho, maior diversidade teórica e uma melhor integração teoria e prática (Bardagi, Bizarro, Andrade, Audibert & Lassance, 2008). Essas sugestões vão ao encontro da proposta feita pelo participante (P5), já que ambas parecem apontar para certa adequação dos currículos as diferentes questões e campos de práticas que tem se revelado para a psicologia.

No que concerne as políticas de assistência social, estudos afirmam que os psicólogos, juntamente com os assistentes sociais, constituem os principais profissionais de referência do SUAS (Ferreira Neto, 2011). Segundo informações do Censo SUAS referentes ao ano de 2014, os psicólogos são a segunda categoria com maior número de profissionais nas equipes de CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social), e, além disso,

apresentam um contingente cada vez maior de trabalhadores nos diferentes níveis desse sistema (Brasil, 2015). Do mesmo modo, atualmente, o sistema público de saúde apresenta-se como o maior contratante de profissionais da categoria, conduzindo a uma reconfiguração da atuação da psicologia, assim como de sua formação acadêmica (Ferreira Neto, 2011). Diante dessa realidade, acredita-se que uma formação que contemple conhecimentos e habilidades necessárias para uma atuação adequada a esses contextos possa vir a fortalecer a atuação da categoria nesses importantes cenários de trabalho dos psicólogos.

Alguns estudos que tratam da inserção de psicólogos no campo das políticas públicas apontam diversas críticas ao modelo de formação proporcionada pelas universidades que ainda parece não oferecer aportes teóricos e práticos suficientes para uma atuação mais condizente com os princípios e as necessidades tanto do SUAS quanto do SUS (Silva & Yamamoto, 2013; Silva & Carvalhaes, 2016). Uma pesquisa desenvolvida no Estado do Piauí, a qual investigou os projetos pedagógicos das quatro instituições de ensino superior do Estado que ofereciam cursos de psicologia, assinalou certa insuficiência de conteúdos direcionados a temática das políticas sociais nos currículos da graduação (Silva & Yamamoto, 2013). Mas para além de saberes técnicos, Yamamoto e Oliveira (2010) postulam que esse contexto requer o conhecimento de aspectos que não se fazem presentes no escopo do que a psicologia parece ter delimitado em seus campos de saber. Assim, discussões sobre cidadania, controle social, noção de famílias, direitos humanos entre outros aspectos precisam fazer parte da formação de profissionais que buscam atuar no contexto das políticas públicas.

Mesmo com a implementação das Diretrizes Curriculares, as quais oferecem maior flexibilidade ao ensino e a tentativa de adequação dos currículos as realidades locais, alguns limites da formação para o trabalho nas políticas públicas são apontados pela literatura (Macedo & Dimenstein, 2011; Azevedo et al., 2011; Silva & Yamamoto, 2013). Especificamente sobre a formação de psicólogos para o trabalho no SUS, estudos sinalizam que o ensino ainda não trata de maneira satisfatória questões essenciais do contexto da saúde pública (Soares, 2005; Spink & Matta, 2010; Poppe & Batista, 2012). Azevedo, Tatmatsu & Ribeiro (2011), ao discutir a proposta de formação em psicologia para o trabalho no nível de atenção primária à saúde, apontam que o processo de interlocução dos psicólogos com esse campo de atuação tem sido problemático, visto que a formação ainda é pautada por um modelo clínico hegemônico, que acaba sendo generalizado para outras áreas de atuação, como é o caso da saúde e da assistência social.

Desse modo, entende-se que o campo das políticas públicas poderia ser melhor explorado na formação acadêmica em psicologia, já que desponta como importante cenário de

inserção desse profissional nos dias atuais. Percebe-se, portanto, ser imprescindível problematizar o ensino dos psicólogos para uma formação mais alinhada as necessidades e demandas do contexto das políticas públicas brasileiras, buscando a produção de atuações psicológicas, de fato, ética e politicamente comprometidas.

2.2 Disciplina de grupos: um diferencial no trabalho do psicólogo na atenção básica

Os participantes do presente estudo apontaram para o desenvolvimento de diversas atividades em conjunto com outros trabalhadores, tanto das equipes mínimas quanto residentes multiprofissionais. Eram realizadas, por exemplo, visitas domiciliares, discussão de casos, atendimentos, oficinas e grupos. Esses últimos tiveram destaque nas falas dos psicólogos residentes visto que várias das atividades relatadas estavam voltadas para o trabalho com grupos e/ou ações coletivas. Fragmentos das falas dos participantes descrevem essa situação:

“... tem sala de espera, orientação em sala de espera... atividade na escola [...] grupos de hiperdia, grupos de gestantes participei também, tem um grupo em uma Unidade que é uma nutricionista que é própria da Unidade do NASF, que ela faz, que ela já me chamou algumas vezes para participar, para falar sobre ansiedade, falar sobre compulsão alimentar, essas coisas assim...” (P4).

“... tinha o grupo de saúde mental que até a gente trocou... ficou grupo de convivência [...] às vezes participava do grupo de pueri (cultura) que tinha, tinha... o grupo da horta comunitária...” (P3).

Como pode ser visualizado nos depoimentos, os residentes estavam envolvidos em atividades com grupos compostos por diferentes públicos, os quais poderiam ter ou não um enfoque definido. Contudo, o grande volume de atividades grupais no cotidiano de trabalho dos psicólogos levanta uma questão: a importância da disciplina de grupos ou processos grupais na graduação em psicologia para a atuação no nível de atenção primária.

Em pesquisa realizada por Goya e Rasera (2010), a qual se propôs a refletir acerca da atuação de psicólogos nos serviços públicos de atenção básica do município de Uberlândia-MG, as atividades previstas para esses profissionais, tendo como base o informativo da secretaria de saúde do município, envolviam a realização de grupos. Do mesmo modo, outros estudos indicam o desenvolvimento de ações grupais pelo psicólogo quando inserido nesse

contexto (Soares, 2005; Paulin & Luzio, 2009; Conselho Federal de Psicologia, 2010; Parisi, & De Antoni, 2014; Cezar et al., 2015). Nesse sentido, é preciso compreender que esse tipo de ação vem se apresentando como uma importante ferramenta de trabalho desses profissionais, sendo necessário maior investimento em disciplinas voltadas para essa temática na formação em psicologia.

No estudo desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (2010), o trabalho com grupos foi assinalado como uma estratégia muito útil no cotidiano de trabalho dos psicólogos na atenção básica, e que possibilitava a ampliação das ações desses profissionais, ao permitir mudanças no modelo de atendimento aos usuários. Também foi entendido como uma maneira de aprimorar os serviços e utilizar os espaços de convivência disponíveis no território, fortalecendo o vínculo com a população atendida.

É necessário situar que a atuação dos profissionais no campo da atenção básica deve estar fundamentada nos princípios organizativos desse nível de cuidado à saúde. Desse modo, as práticas desenvolvidas devem abranger ações individuais e coletivas, por meio do trabalho em equipe, considerando as demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território (Brasil, 2011). Assim, a consciência sobre a importância do ensino de grupos na formação em psicologia estaria relacionada a construção de uma prática de acordo com as características do contexto da saúde pública, nesse caso, no nível de atenção primária, o que, ainda se constitui como um desafio para os psicólogos.

Em artigo que aborda o ensino da técnica grupal na Universidade Estadual de Londrina, Maireno, Sei e Zanetti (2016) apontam para o fato de ser essencial o estudante de psicologia compreender como se desenvolvem os fenômenos grupais e de que maneira esse saber pode ser aplicado em campos diversificados da prática do psicólogo. Os autores assinalam que o conhecimento sobre grupos é um importante acréscimo a formação dos estudantes, tendo sido avaliado de forma positiva pelos acadêmicos, os quais indicaram grande potencial da disciplina, além de conseguir relacionar o aprendizado com os estágios que realizavam no período. Destaca-se que o trabalho com grupos não vem a ser utilizado apenas no contexto da atenção básica, ou somente na área da saúde. As técnicas grupais também encontram espaço em outros locais de atuação dos psicólogos como o cenário escolar, organizacional ou mesmo clínico.

Dessa forma, considera-se importante que a graduação possa estar contemplando o ensino de práticas grupais em seus currículos, uma vez que, sem o domínio dos conceitos, os psicólogos podem vir a não ter aportes teóricos suficientes para a realização dessas práticas, desenvolvendo assim, ações mal planejadas e, em muitos casos, pensadas apenas para

solucionar a questão do grande número de usuários dos serviços de saúde. Além dos aspectos citados, a disciplina de grupos pode vir a contribuir com questões importantes para a prática do psicólogo como flexibilidade e consenso, o que segundo Saeki, Munari, Alencastre e Souza (1999), são atitudes fundamentais para o trabalho em equipe, porém não muito fáceis de serem adquiridas.

Outro aspecto presente nas falas e que de alguma forma pode ajudar nessa discussão, mostrando a importância do ensino das técnicas grupais na graduação em psicologia, é o fato dos participantes relatarem certa visão negativa por parte da equipe de saúde no que diz respeito ao desenvolvimento de grupos:

“... a nossa equipe principalmente tem uma visão de grupos bem ruim de forma geral [...], por exemplo, se tu está na sala de grupos as pessoas acham que podem entrar e falar contigo, porque tu está fazendo só um grupo, como se fosse um grupo de convivência, como se todos os grupos fossem grupos de convivência, que também tem na Unidade, mas como se todos os grupos fossem uma brincadeira, uma convivência. Se tem muito falta de entendimento de grupo como espaço terapêutico e de produção de, é bem difícil assim então. Ah eles acham legal grupo, mas na verdade o que eles acham que funciona é, o que funciona mesmo é o atendimento individual, principalmente os médicos...” (P6).

Grande resistência dos locais de atuação no trabalho com grupos também foi apontada no estudo realizado pelo CFP (2010), onde alguns psicólogos ressaltaram que, em muitos casos, eram os únicos profissionais da equipe responsáveis por essas atividades. Sendo assim, por meio da análise da fala da participante (P6) percebe-se um desafio ali presente: esse entendimento, até certo ponto negativo sobre grupos pelas equipes multiprofissionais, pode acarretar na expectativa de que essa atividade seja realizada exclusivamente pelo psicólogo quando este fizer parte das equipes. Essa possibilidade traz consigo grande responsabilidade, pois caberá ao psicólogo apresentar as potencialidades do trabalho em grupo, o que só será feito quando o próprio profissional conhecer e entender essas potencialidades.

Assim, compreende-se que o fortalecimento das disciplinas que abordam a temática de grupos na formação pode vir a ajudar na construção do lugar e da importância do profissional da psicologia no nível da atenção básica, já que esse contexto apresenta a proposta de ações coletivas, apostando que os profissionais que ali atuam possam planejar e desenvolver essas atividades voltadas para o cuidado dos usuários. Desse modo, o psicólogo poderia ser um

importante ator junto ao desenvolvimento de práticas propostas pelas leis que regem as políticas públicas de saúde.

Considerações finais

A reflexão proposta pelo presente estudo identificou questões importantes na formação em psicologia para o trabalho no SUS e na atenção básica. Foi possível visualizar movimentos dos cursos de graduação no sentido de oferecer um ensino mais alinhado a diversificação dos cenários de atuação dos psicólogos, em especial para a área da saúde. Esse importante movimento tem contemplado a inclusão de disciplinas voltadas para o SUS, Saúde Coletiva e Políticas Públicas, bem como a oportunidade de experiências práticas junto aos serviços públicos de saúde, o que parece estar possibilitando certa ampliação do olhar dos acadêmicos para as questões do SUS.

Contudo, os depoimentos revelam um processo inacabado e que ainda precisa de investimento por parte das instituições de ensino. Tendo em vista que a psicologia conquista cada vez espaço no contexto do SUS, é imprescindível refletir acerca da formação acadêmica que vem sendo oferecida nos cursos de psicologia em todo o país. Assim, o psicólogo precisa continuamente se questionar acerca do profissional que quer ser e, dessa forma, superar certo descompromisso histórico da psicologia com as questões públicas.

A construção e o fortalecimento de práticas condizentes com as diretrizes do sistema público de saúde, desafio presente no cotidiano dos psicólogos que atuam no SUS e na atenção básica, entre eles os participantes desta pesquisa, passa por questões da formação acadêmica. Nesse sentido, o presente estudo traz importantes contribuições, revelando que mais do que a inclusão das disciplinas, deve-se atentar para a forma como essas temáticas serão trabalhadas dentro dos cursos de psicologia, já que professores identificados com as propostas do SUS podem exercer um importante papel na aproximação dos acadêmicos com esse cenário.

Outro aspecto que merece destaque é a valorização da disciplina de grupos, que parece ter pouca evidência nas grades curriculares, mas que cumpre função fundamental no trabalho dos psicólogos inseridos na atenção básica. Em um contexto onde ações coletivas são amplamente valorizadas, e onde o psicólogo assume a responsabilidade de tais ações, a psicologia se vê diante do desafio de investir nessas temáticas.

Assim, esta pesquisa permitiu identificar potencialidades e impasses na formação em psicologia para o trabalho no SUS e na atenção básica junto a psicólogos que atuavam no

cenário da Residência Multiprofissional em Saúde. A aproximação da RMS com a graduação é entendida como necessária e fundamental para a intensificação de mudanças nos modos de pensar o cuidado à saúde dentro dos cursos de psicologia, valorizando a articulação da teoria com a prática e a participação do psicólogo na consolidação do SUS.

Embora se reconheça as contribuições advindas deste estudo, entende-se a necessidade da realização de novas pesquisas, em contextos diversificados, que possam potencializar as discussões já desenvolvidas sobre a formação acadêmica da psicologia para a atuação na saúde pública.

Referências

- Abdalla, I. G., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2008). Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 28(4), 806-819.
- Azevedo, L. A., Tatmatsu, D. I. B., & Ribeiro, P. H. R. (2011). Formação em psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2), 241-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200005>
- Bardagi, M. P., Bizarro, L., Andrade, A. M. J de, Audibert, A., & Lassance, M. C. P. (2008). Avaliação da Formação e Trajetória Profissional na Perspectiva de Egressos de um Curso de Psicologia. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 28(2), 304-315.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, A. V. B., Gondim, S. M. G., & Borges-Andrade, J. E. (2010). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nestas últimas décadas? In O. H. Yamamoto, & A. L. F. Costa (Orgs.), *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil* (pp. 255-271). Natal, RN: EDUFRN.
- Biscarde, D. G. dos S., Pereira-Santos, M., & Silva, L. B. (2014). Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 18(48), 177-186.
- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (pp. 15-28). São Paulo: Cortez.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 30(3), 634-649.
- Brasil. (2011). *Portaria nº 2.488* (2011, 21 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/2012* (2012, 12 de dezembro). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética.
- Brasil. (2015). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Censo SUAS 2014: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social*. Brasília, DF.
- Brasil. (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510/2016* (2016, 07 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Bioética.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65.
- Ceccim, R. B., & Carvalho, Y. M. de. (2005). Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In R. Pinheiro, R. B. Ceccim, R. A. de Mattos (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO.
- Cezar, P. K., Rodrigues, P. M., & Arpini, D. M. (2015). A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 35(1), 211-224.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde*. Brasília, DF.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (43a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Goya, A. C. A., & Rasera, E. F. (2010). A Atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*, 1(7), 01-21.

Lima, N. T. (2015). *Residências são uma modalidade diferenciada de formação*. [Entrevista concedida à Antonio Fuchs]. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/residencias-sao-uma-modalidade-diferenciada-de-formacao>>

Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 15(39), 1145-1157. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000021>

Maireno, D. P., Sei, M. B., & Zanetti, S. A. S. (2016). O Ensino da técnica grupal na graduação em Psicologia. *Vínculo – Revista do NESME*, 13(1), 20-32.

Minayo, M. C. de S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9a ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.

Nepomuceno, L. B. (2014). *A construção social da prática psicológica na atenção primária à saúde do SUS* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza). Recuperado de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10650>

Parisi, L. P., & De Antoni, C. (2014). A psicologia na atenção primária à saúde: práticas psicossociais, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Clínica & Cultura*, 3(1), 71-85.

Pasini, V. L. (2010). *Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS* (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4833>

Paulin, T., & Luzio, C. A. (2009). A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 98-109.

Poppe, A. R. S., & Batista, S. H. S. da S. (2012). Formação em Psicologia no Contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais: Uma Discussão sobre os Cenários da Prática em Saúde. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 32(4), 986-999.

Reis, C. dos, & Guareschi, N. M. de F. (2013). A formação em Psicologia: desafios para a inserção profissional nas políticas públicas de saúde. In A. M. C. Ximenes, C. dos Reis, & R. W. de Oliveira (Orgs.), *Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: [s. ed.].

Romagnoli, R. C. (2006). A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2).

Saeki, T., Munari, D. B., Alencastre, M. B., & Souza, M. C. B. M. (1999). Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(4), 342-347. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341999000400003>

- Silva, R. B., & Carvalhaes, F. F. (2016). Psicologia e Políticas Públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 247-256.
- Silva, C. de A. e, & Yamamoto, O. H. (2013). As Políticas Sociais na Formação Graduada do Psicólogo no Piauí. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 33(4), 824-839.
- Soares, T. C. (2005). “A Vida é Mais Forte do que as Teorias” O Psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 25(4), 590-601.
- Soares, L. L. M, & Verissimo, L. J. (2010). A Formação do Aluno na Graduação em Psicologia pela Pedagogia de Paulo Freire. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 30(3), 588-603.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. de S., & Menegon, V. S. M. (Coords.). (2006). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Projeto Coletivo de Cooperação.
- Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. de S., Santos, L., & Gamba, E. A. C. (2010). A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 53-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Vasconcelos, C. M. de, & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. de Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-561). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política social e psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(Esp.), 9-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>
- Yamamoto, O. H. (2003). Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da psicologia. In A. M. B. Bock (Org.). *Psicologia e o compromisso social* (pp. 37-53). São Paulo: Cortez.

8 ARTIGO 3

**A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS NA PSICOLOGIA DA ATENÇÃO
BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES PSICÓLOGOS**

Resumo

A inserção de profissionais da psicologia no cenário da atenção básica constitui-se uma realidade cada vez mais presente. No entanto, esse processo tem sido permeado por intensas discussões, as quais apontam para as dificuldades da psicologia frente à realidade e as necessidades de saúde desse contexto. Este estudo teve como objetivo compreender a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, na atenção básica. Para tanto, procurou identificar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos residentes, bem como entender quais os desafios encontrados no desenvolvimento de suas práticas nesse nível de atenção à saúde. Assim, realizou-se uma pesquisa qualitativa, que contou com a participação de oito psicólogos residentes, que pertenciam às áreas de ênfase Saúde da Família e Comunidade, e Atenção Básica em Saúde Coletiva de dois Programas de Residência do município de Porto Alegre, RS. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram para uma multiplicidade de ações e para a valorização do trabalho em equipe. Algumas atividades destacadas foram grupos com adolescentes, crianças, Programa Saúde na Escola, além da inserção em espaços de controle social e da participação em reuniões da rede de saúde do município, bem como da rede socioassistencial. Questões como cobrança por atendimento individual e a grande demanda para a psicologia foram apontadas como desafios presentes no cotidiano de trabalho. As considerações finais indicam uma significativa mudança no modo como os profissionais do presente estudo concebem o papel do psicólogo na atenção básica, os quais buscaram sair de sua zona de conforto, do lugar seguro que foi por tanto tempo valorizado e reproduzido por psicólogos nesse contexto enfatizando práticas coletivas.

Palavras-chave: Psicologia; Prática psicológica; Atenção Básica.

THE CONSTRUCTION OF NEW PRACTICES FOR PSYCHOLOGISTS IN PRIMARY HEALTH CARE: THE EXPERIENCE OF PSYCHOLOGY RESIDENTS

Abstract

The entry of psychology professionals in the primary health care area is an increasingly reality. However, this process has been surrounded by intense discussions, which have pointed out to the difficulties of psychologists in face of the reality and health needs in this context. This study aimed to comprehend the professional practice of psychologists who are part of a Multiprofessional Residency in Health Care Program, in the context of primary health care. Therefore, it aimed to identify the activities developed by psychology residents, as well as to comprehend what are the challenges faced in the development of their practices in this level of health care. Thus, it was performed a qualitative research with eight psychology residents who were part of Residency programs related to Family and Community Health Care and Primary Care on Public Health Care, from the city of Porto Alegre, Brazil. For data collection there were conducted semi-structured interviews that were analyzed through the content analysis perspective. The results pointed out to a variety of actions and for the value given to teamwork. Some activities were emphasized, such as groups with adolescents, children, *Programa Saúde na Escola* (Health at Schools Program), besides the entrance on areas of social control and the participation on meetings of the city health system and social-assistance system. Aspects such as the charge for individual appointments and the vast demand for psychology were pointed out as challenges faced in daily work. Finally, it is indicated a significant change in the way that the participants of this study conceive the psychologist's role in primary health care, since they have aimed to face comfort zones, those safe places that had been valued and repeated for so long by psychologists in this context, by emphasizing collaborative practices.

Keywords: Psychology; Psychological Practices; Primary Health Care.

Introdução

A inserção de profissionais da psicologia no cenário da atenção básica à saúde constitui-se uma realidade cada vez mais presente. Diante desse movimento, inúmeros estudos tem problematizado a relação entre psicólogos e o contexto de atenção primária, seus desdobramentos, potencialidades e desafios.

Embora a literatura aponte para a realização de práticas psicológicas na saúde pública brasileira em meados da década de 1950, a entrada da psicologia no campo da saúde é considerada recente, se comparada a outras profissões como enfermagem e medicina. Além disso, os primeiros concursos públicos que envolviam a contratação de psicólogos foram realizados nos anos de 1980 (Spink & Matta, 2010; Sebastiani, 2000; Spink, 2003). Essa entrada ocorreu como resultado de mudanças na sociedade brasileira, e em particular no campo da saúde, como o movimento da Reforma Sanitária e a redução do mercado de trabalho voltado para atendimentos psicológicos privados, devido à crise econômica que acontecia no país. Nesse momento, a psicologia enfrentava duras críticas, tanto da sociedade quanto de seus próprios profissionais, no que diz respeito ao alto custo da psicoterapia desenvolvida em um país pobre, o que acarretava na exclusão de boa parte da população, bem como questionamentos acerca do modelo clínico tradicional, o qual não apresentava significado social e que incitava o surgimento de práticas socialmente mais adequadas e relevantes (Ferreira Neto, 2011; Dimenstein & Macedo, 2010; Carvalho & Yamamoto, 2002).

A partir da Constituição de 1988, a qual deu origem ao SUS e corroborou com as mudanças na concepção de saúde, agora baseada no princípio da integralidade, novos atores ganharam espaço no setor saúde, entre eles, o psicólogo (Spink & Matta, 2010). No entanto, o processo de inserção nesse cenário tem sido permeado por intensas discussões, as quais apontam para as dificuldades da psicologia frente à realidade do SUS, em particular ao contexto da atenção básica. Nesse sentido, a literatura assinala o desenvolvimento de ações distantes da realidade social, das necessidades da população e dos princípios do sistema público de saúde (Dimenstein, 1998, 2001; Soares, 2005; Böing & Crepaldi, 2010; Dimenstein & Macedo, 2010; Spink & Matta, 2010). Tais estudos mostram que os profissionais da psicologia têm realizado práticas inadequadas ao nível da atenção básica, com a simples transposição do modelo clínico tradicional sem a devida contextualização que o cenário requer, a psicologização dos problemas sociais, além de dificuldades no trabalho interdisciplinar.

No que diz respeito ao nível da atenção primária à saúde, é importante situar que esse contexto é regulamentado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual define que a atuação dos profissionais das equipes de saúde deve vir a considerar o sujeito de forma integral, inserido em um contexto social, econômico e cultural. Assim, determina que as práticas, individuais e coletivas, devem estar orientadas por princípios como universalidade, coordenação do cuidado, vínculo, responsabilização, equidade e participação social (Brasil, 2011).

Sendo assim, a ênfase das atividades do psicólogo necessita estar pautada nos princípios que organizam esse nível de cuidado à saúde, e nas características das populações atendidas. Porém, operando hegemonicamente numa perspectiva curativa e individual, a atuação nesse cenário tem se constituído um desafio.

Esse fazer limitado recebe destaque nas discussões de Romagnoli (2006), que apontam para uma constante dificuldade que os profissionais da psicologia têm de ousar, de inventar novas metodologias que estariam mais adequadas ao trabalho com grupos, famílias e comunidades. Tal constatação vai ao encontro do que é postulado por Lima (2005) quando a autora discute um exemplo de atuação psicológica incompatível ao cenário da atenção básica, no qual a psicóloga, mesmo dizendo-se ociosa e percebendo a inadequação da proposta, mantinha a oferta de psicoterapia, na qual os usuários não permaneciam.

Diante do exemplo, é possível perceber a dificuldade que muitos psicólogos apresentam em estabelecer práticas mais integradas e compatíveis com a realidade dos serviços de saúde pública, mantendo assim, técnicas que foram construídas e utilizadas com uma determinada camada social, em sua maioria muito verbal e intelectualizada (Bock, 1999). A autora afirma que é necessário adaptar nosso saber a demanda e a realidade que se apresenta, inovando a partir das características da população a ser atendida.

No entendimento de Archanjo e Schraiber (2012), ao atuar no setor público, o psicólogo, se defronta com duas atuações distintas daquela aprendida em sua formação: uma clínica institucionalizada ou modificada e uma atuação sanitária, voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa nova realidade faz com que as práticas psicológicas passem a ser questionadas. A clínica institucionalizada, segundo Figueiredo (2010), apresenta a perda da autonomia do profissional, que agora trabalha em equipe e a perda do controle sobre o caso, que se torna compartilhado. Além disso, a autora coloca a questão da remuneração do psicólogo, que se torna assalariado e tem sua relação com a clientela, não mais de classe média e alta, modificada.

Para além desses aspectos, a literatura destaca uma questão importante que envolve a inserção da psicologia na atenção básica: a de que não basta apenas ocupar esse novo espaço, isso não garante mudanças na postura e nas práticas que esse profissional irá apresentar. É preciso que essa inserção se faça acompanhar da reflexão sobre os aspectos que envolvem a formação acadêmica, a importância e o papel do psicólogo neste contexto, de modo que se tenha o cuidado de não fazer a simples transposição das práticas dos consultórios e ambulatórios de saúde (Soares, 2005; Romagnoli, 2006).

Diante desse desafio, a psicologia tem encontrado nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) uma oportunidade de formação diferenciada da graduação que busca qualificar sua atuação para um trabalho no sistema público (Cezar, Rodrigues & Arpini, 2015). As RMS se apresentam como uma modalidade de pós-graduação regulamentada no ano de 2005 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, e tem foco na formação em serviço. Possuem uma proposta pedagógica que busca capacitar profissionais para o exercício de práticas ancoradas nos preceitos do SUS, visando à integralidade e interdisciplinaridade (Brasil, 2012a).

De acordo com Pasini (2013) é esperado que as RMS promovam tanto a formação de profissionais afinados com os pressupostos do SUS, quanto a desestabilização das práticas vigentes, ampliando assim, o olhar dos trabalhadores de saúde para o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe e da valorização da rede de serviços que constituem o Sistema.

Atualmente, a psicologia é um dos núcleos com maior número de profissionais nos Programas de RMS (Dimenstein & Macedo, 2012), o que mostra um importante movimento de aproximação dos psicólogos com uma formação voltada para o trabalho no SUS. Contudo, conforme os autores já referidos, a inserção de psicólogos nas Residências Multiprofissionais não tem sido acompanhada da discussão necessária acerca da participação da psicologia nesse contexto e suas implicações na cultura e prática profissional.

Tendo em vista o histórico da psicologia com a saúde pública, e a crescente inserção de psicólogos nos cenários de formação das RMS, considera-se fundamental discutir como os psicólogos têm atuado nesses novos espaços do sistema de saúde, de forma a auxiliar na discussão da formação em psicologia para o SUS através das Residências. Se, apesar de uma formação pós-graduada voltada para um trabalho no SUS, os psicólogos continuam a desenvolver práticas incompatíveis com o contexto, ou se diante da inserção na RMS e a oportunidade de aprendizagem voltada para a saúde pública, buscam criar novas formas de fazer psicológico, novos modos de atuação na atenção básica. Assim, o presente estudo

buscou compreender a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica. Nesse sentido, procurou identificar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos residentes, bem como entender quais os desafios encontrados no desenvolvimento de suas práticas nesse nível de atenção à saúde.

Caminho Metodológico

Delineamento

O presente estudo consiste de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. A pesquisa qualitativa valoriza a subjetividade e aplica-se, principalmente, ao estudo das relações, representações e percepções humanas, buscando interpretações dos significados que as pessoas atribuem a um determinado fenômeno (Minayo, 2006). Nesse sentido, essa abordagem não busca a quantificação do fato, mas sua análise a partir da perspectiva das pessoas que estão envolvidas no fenômeno (Minayo, 2014).

Participantes

Os sujeitos da pesquisa foram oito psicólogos residentes vinculados a dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas Instituições de Ensino e Pesquisa em Saúde do município de Porto Alegre, RS. Os participantes pertenciam as áreas de ênfase Saúde da Família e Comunidade e Atenção Básica em Saúde Coletiva. Além disso, deveriam estar cursando o segundo ano (R2) da RMS. Tal critério se justifica considerando que os residentes já teriam vivência prática de um ano no campo de atuação, o que possibilitaria melhor atender aos objetivos do estudo.

A seguir será apresentada uma tabela com algumas características dos participantes. No entanto, por procedimentos éticos, optou-se por não identificar a qual dos dois Programas de RMS os participantes estavam vinculados, uma vez que poderia haver a identificação de algum deles devido as especificidades do estudo. Essa opção está amparada na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual pontua, nos incisos VII e VIII do artigo 3º, como princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, da privacidade dos sujeitos da pesquisa e da proteção de sua identidade, além da garantia da não utilização, por parte do pesquisador, de informações obtidas em prejuízo dos participantes.

Tabela 1 – Características dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Instituição de Ensino Superior	Ano de conclusão da graduação	Outra especialização	Experiência profissional
P1	F	26	Privada	2014	Não	Não
P2	M	31	Privada	2014	Não	Sim
P3	F	25	Privada	2014	Sim	Não
P4	F	25	Pública	2014	Não	Não
P5	M	24	Privada	2013	Não	Sim
P6	F	24	Pública	2014	Não	Não
P7	F	31	Privada	2011	Sim	Sim
P8	F	26	Pública	2013	Não	Não

Como pode ser visto na tabela, duas residentes apresentavam outra especialização, uma delas em Terapia Cognitivo-Comportamental e a outra em Avaliação em Serviços de Saúde. Por sua vez, no período anterior a RMS, um dos participantes trabalhou com acompanhamento terapêutico, outro residente desenvolveu atividades durante seis meses em consultório particular, enquanto uma das participantes estava vinculada ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por cerca de três anos. Os demais psicólogos tiveram seu ingresso na Residência Multiprofissional logo após a conclusão do curso de graduação.

Procedimentos e instrumento de coleta dos dados

Em um primeiro momento, foi realizado o contato com a Coordenação dos dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação do Termo de Autorização Institucional. Após o aceite por parte das Coordenações, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob nº CAAE 56594116.2.3001.5530. Destaca-se que uma das Instituições é coparticipante do estudo, a pedido da mesma.

O contato com os residentes se deu por dois caminhos: a coordenadora de um dos Programas possibilitou um encontro com os residentes em uma aula de núcleo da Psicologia;

enquanto a outra coordenadora forneceu a relação dos residentes e seus contatos de email. Assim, foram efetivados os convites para participação no estudo.

Em relação à coleta dos dados, esta foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, as quais foram agendadas conforme disponibilidade dos participantes, ocorrendo na sede das Instituições. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram conduzidas a partir de tópicos guia estabelecidos de acordo com os objetivos do estudo, quais sejam: 1) Formação Acadêmica; 2) Experiência Profissional e 3) Percepção sobre o trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde. O presente estudo teve o propósito de compreender a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da Atenção Básica. Para tanto buscou identificar as atividades desenvolvidas pelos psicólogos, bem como entender possíveis desafios que os residentes encontravam no desenvolvimento de suas práticas.

Procedimento de análise dos dados

O material resultante das entrevistas foi analisado através da técnica de análise de conteúdo, a qual se caracteriza por operações de desmembramento do texto em unidades para posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias definidas por sua similaridade (Bardin, 2010). Nesta pesquisa utilizamos a modalidade de análise de conteúdo temática (Minayo, 2014).

Assim, em um primeiro momento a análise das entrevistas foi realizada de forma atenta e individual, na busca por aspectos que se destacavam em meio ao material coletado. Posteriormente, os dados foram analisados em sua totalidade dando origem as categorias de análise de conteúdo que estão baseadas em temas que se mostraram relevantes nas entrevistas, não apenas por sua frequência, mas por se destacarem no discurso dos participantes. Ao final, realizou-se a interpretação dos dados, devidamente agrupados nas categorias, relacionando-os ao referencial teórico apropriado (Gomes, 2012).

Desse modo, as categorias temáticas desenvolvidas a partir do conteúdo das entrevistas são: 1. As práticas da psicologia e o trabalho em equipe: “*a gente tem conseguido compor junto*”, a qual trata da multiplicidade de ações desenvolvidas pelos psicólogos, assim como certa disposição para o trabalho em equipe; e 2. Ainda assim, velhas cobranças..., que versa sobre os desafios que os psicólogos encontraram no desenvolvimento de suas práticas.

Considerações éticas

Destaca-se que o estudo atendeu a todas as exigências da ética em pesquisa segundo a Resolução nº 466/2012, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição na qual as pesquisadoras estão vinculadas, conforme informado anteriormente. Cabe ressaltar que esta pesquisa também se encontra fundamentada pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual foi aprovada em 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Buscando manter o anonimato dos participantes, procurou-se ocultar qualquer informação que pudesse identificá-los. Assim, as falas foram apresentadas com a letra P (participante), seguidas do número que representava a ordem das entrevistas (P1, P2, P3...). Cabe destacar que, na tabela que apresenta os participantes, estes não estão separados por Programa de RMS, já que este dado poderia infringir a questão do anonimato. Do mesmo modo, ao longo da apresentação e discussão dos resultados, não há indicação de qual dos dois Programas de RMS o participante estava vinculado.

Resultados e discussão

Os resultados do presente estudo serão apresentados em duas categorias. A primeira delas versa sobre o conjunto amplo de práticas desenvolvidas pelos psicólogos e sua disposição para o trabalho em equipe. Já a segunda categoria discute alguns dos desafios presentes no desenvolvimento dessas práticas.

1. As práticas da psicologia e o trabalho em equipe: *“a gente tem conseguido compor junto”*

Diante da inserção no campo da atenção básica, o psicólogo se depara com uma realidade complexa, multidisciplinar, cuja dinâmica de trabalho possui intensa relação com as particularidades do território e da população que ali habita. Tal realidade exige do profissional da psicologia certa abertura para novas atividades a serem realizadas, de modo a contemplar as diferentes demandas desse contexto.

Assim, quando questionados acerca das atividades que desenvolviam nas unidades onde estavam alocados, os residentes assinalaram uma diversidade de ações, tanto individuais quanto coletivas, que parecem vir ao encontro da lógica de trabalho da atenção básica:

“... participava de um grupo de promoção de saúde de Tai Chi Chuan, porque tinha um médico lá que era dessa cultura oriental [...] tinha as atividades clínicas de ambulatório individual e a gente tinha o grupo terapêutico [...] tinha as visitas domiciliares que a gente fazia com os agentes ou alguma, algum atendimento pontual que a gente fazia na casa da pessoa [...] o acolhimento...” (P8).

“... era atendimento individual, acolhimento enfim com a equipe [...] o acolhimento de psico, porque, às vezes, era só uma escuta assim breve assim, naquele momento e não um atendimento [...] atendimento grupal [...] o Programa Saúde na Escola [...] atendimento mais na verdade interconsulta, não um atendimento sozinho, mas interconsultas...” (P3).

“... eu estou mais vinculada ao Programa Saúde na Escola, de poder fazer atividades nas escolas do território, junto enfim com os professores, com os alunos [...] Eu tenho participado do grupo de crianças, grupo terapêutico de crianças que a gente faz, agora esse ano a gente iniciou um grupo de adolescentes na escola, então também para poder pensar um pouco no espaço coletivo de cuidado, de educação em saúde, mas de também poder tá mais próximo...” (P1).

Além das atividades destacadas, os participantes indicaram o desenvolvimento de projetos de horta comunitária, grupo de trabalho voltado para a participação popular, sala de espera, discussões de caso, atividades grupais com gestantes, cuidadores, mulheres, além da inserção em espaços de controle social e em reuniões da rede de saúde do município, bem como da rede socioassistencial. Considerando os depoimentos dos psicólogos, entende-se que estes têm procurado desenvolver e participar de ações relevantes e condizentes com as necessidades e demandas do contexto da atenção básica, não se atendo a um modelo de atuação tradicional. Cabe destacar que muitas das ações relatadas envolviam outros profissionais das equipes, o que pode indicar certa disposição dos residentes ao trabalho interdisciplinar. Tal entendimento é corroborado por discussões realizadas por Nepomuceno e Brandão (2011), em estudo que envolveu psicólogos residentes, as quais indicaram certo movimento dos profissionais da psicologia para o desenvolvimento de práticas para além do tratamento de psicopatologias e do atendimento individual.

Apontando para a mesma direção, o estudo desenvolvido por Meira e Silva (2011), revelou a construção de ações interdisciplinares e intersetoriais no cotidiano de trabalho de um psicólogo na Residência Multiprofissional no município de João Pessoa-PB. O estudo assinalou para uma importante articulação do psicólogo com profissionais dos núcleos de farmácia, educação física e enfermagem, além de trabalhadores da saúde bucal. Diante do

exposto, parece ser possível inferir que os psicólogos têm encontrado na RMS um espaço fértil e potencializador da construção de novas práticas da psicologia na atenção básica.

Essas práticas caminham no sentido de se diferenciarem do que foi apresentado por Yamamoto, Câmara, Silva e Dantas (2001), os quais indicaram que psicólogos, mesmo inseridos na atenção básica, desenvolviam atividades semelhantes as realizadas em consultórios particulares, tais como psicoterapia, orientação de pais e diagnóstico psicológico/avaliação. Um estudo mais recente indicou dados parecidos ao relatar a similaridade de atividades desenvolvidas entre as áreas clínica, da saúde e mesmo educacional (Bastos, Gondim & Borges-Andrade, 2010).

Assim, a multiplicidade de práticas apresentadas pelos participantes do presente estudo provoca a importante reflexão de que, talvez, a questão da inserção da psicologia como um núcleo voltado para o individual, de uma atuação mais isolada, que não é condizente com os princípios do SUS, esteja, aos poucos, sendo superada. É importante destacar a compreensão de que este parece ser um movimento que vem sendo fortalecido pelas Residências Multiprofissionais em Saúde, já que estas, conforme aponta Pasini (2013), tomam os serviços de saúde como ambientes de práticas e de vivência do trabalho em equipe, com o intuito de favorecer o aprendizado coletivo no trabalho.

Nesse sentido, a RMS estaria oferecendo aos psicólogos a possibilidade de novos modos de pensar o cuidado em saúde na atenção básica em um ambiente de aprendizagem para o trabalho no SUS. Nesse sentido, a partir da análise das entrevistas, foi possível visualizar importantes mudanças na postura dos residentes no que diz respeito ao trabalho interdisciplinar:

“... eu tenho trabalhado bastante, por exemplo, ali dentro da unidade com o pessoal da enfermagem, a gente faz interconsulta junto, até o pessoal da medicina que às vezes é mais difícil, mas a gente tem conseguido compor junto. Eu sempre faço questão de discutir um caso...” (P2).

“... a gente conversava sobre o caso, eu atendia, mas tinha muito essas coisas, ou na enfermagem, tinha bastante essa troca, com o médico não tinha tanto, mas depois a gente foi se aproximando e eu fui me aproximando dele a partir disso, quando ele tinha essas interconsultas com o psiquiatra eu perguntava ‘eu posso participar?’ e às vezes quando ele não podia, alguém tinha que matriciar com o psiquiatra do NASF e não tinha ninguém e daí ‘ah, eu posso acompanhar’...” (P3).

Diante dos relatos, é possível perceber que os psicólogos têm buscado uma constante aproximação e articulação com os demais profissionais das equipes de saúde, mesmo quando alguns trabalhadores não se mostravam tão dispostos ao desenvolvimento de ações conjuntas. Os depoimentos revelam que os participantes têm se envolvido em discussões de caso, matriciamento em escolas, interconsultas, atividades que exigem certa flexibilidade e abertura dos residentes ao diálogo com diferentes profissionais, na busca por uma compreensão ampliada da realidade dos usuários. Tais atitudes estão em consonância com as discussões desenvolvidas por Cezar et al. (2015), as quais assinalam para certa disposição que o profissional da atenção básica precisa ter para se relacionar com diferentes setores, para além da Saúde, como a Assistência Social, a Educação e a Justiça, como forma de estabelecer parcerias importantes para uma atuação mais condizente as necessidades dos usuários.

Sendo assim, parece que os psicólogos têm encontrado na Residência Multiprofissional um importante espaço de experimentação e aprendizado voltado para o trabalho interdisciplinar. Desse modo, ao investir em uma intervenção coletiva, a qual envolve diferentes olhares e saberes, os participantes vão ao encontro das reflexões de Pasini (2010), a qual dispõe que o trabalho em equipe não se faz por pares homogêneos, pois é na diferença que podem ser produzidas novas composições subjetivas e, assim, novos modos de trabalhar em saúde.

No que diz respeito a construção de suas práticas, os psicólogos foram questionados se haveria, dentre as atividades desenvolvidas, alguma que eles considerassem gratificante. Tal questionamento gerou inúmeras reflexões, deixando os residentes pensativos. A maioria deles referiu ser difícil escolher apenas uma, como pode ser visto no depoimento de (P1) *“Ah, acho que tem algumas assim [risos], mas vou tentar...”*; ou na fala de (P3) *“Olha, realmente todas assim [risos]”*, mas é preciso destacar um aspecto importante presente nas atividades relatadas: todas eram coletivas.

“... sem dúvida o Programa Saúde na Escola. Foi uma atividade que, inicialmente, eu fiquei meio assustado [risos], acho que na minha graduação eu tive pouquíssimos contatos com as escolas então fiquei com um pé atrás inicialmente, mas conforme fui me aproximando e fui realizando as atividades na escola eu fui me apaixonando cada vez mais [...] e era uma das atividades em que a gente mais conseguia ver a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade...” (P5).

“... eu acho que os grupos, com os grupos a gente teve muita vinculação [...] o Instituto de Cultura Mário Quintana iam assim, passar um cinema nele, um espaço cultural, filmes

gratuitos sobre várias coisas [...] e a gente convidou as pessoas quem gostaria dos grupos de ir, e a maioria são idosos que participam dos grupos [...]e daí era sexta-feira à noite assim, a gente saía às seis de lá e voltava à meia-noite...” (P3).

“... é o grupo de adolescentes, que é uma coisa que eu gosto muito [...] é um lugar [território] onde não tem muita coisa [...] a gente tem discutido várias coisas com eles a partir do que eles estão querendo, eles querem sair daí a gente vai no cinema com eles, a gente, as gurias foram outro dia também no espaço do bairro que agora eles querem que a gente vá lá uma vez por mês, que é um negócio novo, cultural e de esporte que está tendo ali perto, que é um centro cultural...” (P6).

Atividades na escola, grupos de promoção de saúde, semana da consciência negra, horta comunitária e grupos de saúde mental que utilizavam de arte terapia foram outras ações descritas pelos residentes como gratificantes em seu trabalho na atenção básica. A partir disso, pode-se afirmar que os participantes têm conseguido elaborar formas de intervenção mais flexíveis, as quais consideram as prioridades e necessidades da população atendida. Utilizando-se das reflexões de Dimenstein (2001), entende-se que esses psicólogos, ao lidar com uma realidade complexa e desafiadora, têm sido capazes de investir na produção de formas heterogêneas de cuidado, criando vínculos e responsabilidade para com a saúde dos usuários.

Nesse sentido, compreende-se que a pluralidade de práticas apresentadas pelos residentes, com ênfase no trabalho interdisciplinar, condiz com a modalidade de trajetória profissional *de construção*, definida por Lima (2005), a qual apresenta certa abertura para a busca de uma atuação para além da clínica tradicional, com a utilização do trabalho em grupo e de uma compreensão mais ampla do fenômeno psicológico, que inclui questões sociais e as condições de vida dos usuários como aspectos que influenciam em sua saúde.

As outras modalidades de trajetória apresentadas pela referida autora, *de conflito*, a qual tende à ociosidade do psicólogo, e *de reprodução*, que apresenta o isolamento típico de uma assistência ambulatorial, não foram identificadas nas falas dos residentes. Esse aspecto pode estar indicando importantes mudanças na concepção de trabalho dos psicólogos na atenção básica, o que ganha suporte nas discussões de Carvalho, Bosi e Freire (2009), as quais assinalam para a necessidade do profissional da psicologia apresentar uma postura mais comprometida com o contexto sociocultural e político onde desenvolve sua prática.

No entendimento de autores como Boarini (2008), o psicólogo, ao optar pelo trabalho na atenção básica, deve ter como princípio contribuir para alcançar os objetivos desse

contexto. Assim, seus planos e práticas devem estar baseados em decisões e reflexões interdisciplinares, voltadas para o coletivo, o que não significa uma somatória de conhecimentos ou a não utilização de atendimento individual.

Assim, é importante ressaltar que ao conferir destaque as ações coletivas desenvolvidas pelos psicólogos nos cenários da atenção básica, não se pretende desqualificar as intervenções individuais, pois sabe-se da potência dessas ações. Contudo, acredita-se que a prática do psicólogo não pode estar limitada a esse tipo de intervenção, sendo necessária a produção de outras ações que venham ao encontro das especificidades do contexto. Assim, entendendo que a produção de práticas mais adequadas ainda é um desafio para o psicólogo, compreende-se que os residentes têm conseguido construir novos modos de fazer psicológico, novas formas de pensar sua atuação nesse cenário, contribuindo assim, para o fortalecimento do papel e da importância do profissional da psicologia na atenção básica.

2. Ainda assim, velhas cobranças...

Embora os residentes tenham se mostrado dispostos a desenvolver uma atuação mais coletiva, e de certa forma, mais condizente com os princípios da atenção básica, superando um padrão de atuação mais tradicional do psicólogo, tão criticado pela literatura (Böing & Crepaldi, 2010; Dimenstein & Macedo, 2010; Spink & Matta, 2010; Dimenstein, 1998; Romagnoli, 2009), os participantes revelaram alguns desafios presentes em seu cotidiano de trabalho. Assim, um desafio encontrado no desenvolvimento de suas práticas diz respeito a certa cobrança por atendimentos individuais:

“... em alguns momentos era muito essa questão do atender individual, mas não uma cobrança assim direta, claro que era meio assim nas entrelinhas, de ter essa questão do encaminhamento para o individual, e a gente ter essa questão ‘não, vamos discutir, vamos debater, vamos ver se realmente precisa chegar até o atendimento individual, ou se a gente pode construir outras estratégias’...” (P7).

“Sim, ambulatório [...] então sempre teve muito essa, uma cobrança do tipo, não do tipo uma cobrança formal assim, a pessoa não chegava para ti dizendo ‘por que tu não está atendendo?’ sabe, mas quando tu estava fazendo outras coisas as pessoas já te olhavam meio atravessado, ‘o que tu está fazendo aqui?!’, ‘não tem atendimento hoje?!’, é um pouco a figura do psicólogo ainda muito associada, não só do psicólogo, acho que de todas as

profissões associada muito ao ambulatório, tu está atendendo, tu está trabalhando, está produzindo” (P8).

A partir da análise dos depoimentos foi possível perceber que a inserção do psicólogo na atenção básica enfrenta desafios para além de profissionais mais comprometidos com esse cenário de atenção à saúde. É necessário que o profissional da psicologia também esteja disposto a superar algumas barreiras no que diz respeito ao entendimento de outros trabalhadores sobre seu papel e atuação nas equipes de saúde. Parece que ao realizar tal cobrança os profissionais apresentam uma ideia limitada das potencialidades do trabalho do psicólogo nesse cenário. Nesse sentido, Dimenstein (2001) aponta que há, de fato, certo incentivo, por parte das instituições, para o desenvolvimento de atendimentos individualizados em prejuízo de outros tipos de atuação nos serviços de saúde. Assim, os profissionais não são estimulados a desenvolver atividades diferenciadas do modelo clássico de atuação atribuído ao psicólogo.

O entendimento dos profissionais das equipes também diz muito da forma como a psicologia se apresentou, durante muitos anos, em estabelecimentos públicos de saúde. Contudo, os psicólogos residentes têm demonstrado certa flexibilidade para lidar com tais cobranças, buscando responder através do diálogo e da aproximação com a equipe, como forma de ajudar os colegas a vislumbrar outras possibilidades de atuação para além da tradicional.

Percebe-se que os participantes têm realizado um importante movimento, até mesmo certo esforço, para não se isolar do restante da equipe. Tal aspecto aparece nos depoimentos tendo em vista que os psicólogos utilizam, em sua grande maioria, expressões como “a gente fazia”, “a gente iniciou”, indicando um trabalho compartilhado. Assim, parecem estar em consonância com o que é definido por Lima (2005) como atuação psicológica coletiva, entendida como mais adequada ao nível de atenção primária. Nesse modelo de atuação, o psicólogo utiliza da ampliação dos recursos técnicos para a intervenção, ensaiando trabalhos mais integrados e com viés mais preventivo e de promoção da saúde dentro dos serviços da atenção básica. Talvez esse tipo de atitude esteja causando certo estranhamento nas equipes, e consequentemente as cobranças, visto que, ainda hoje, o esperado parece ser um profissional que realize, predominantemente, atendimentos individuais.

O modo crítico apresentado pelos residentes diante da cobrança por atendimentos individuais também pode ser visto quando os participantes se deparam com outro desafio: a

grande demanda para a psicologia. Assim, é possível perceber a maneira, criativa e inteligente, que os entrevistados lidam com essa questão:

“... porque a escola acabava encaminhando muitos adolescentes [...] e aí a gente começou olhar para isso, tentando olhar para isso de uma forma menos individualizante, de poder entender como que isso acontecia no contexto da escola ou do território...” (P1).

Como pode ser visualizado, a participante (P1) revela que diante do grande número de encaminhamentos da escola para o atendimento individual de adolescentes, os residentes organizaram, a partir da análise da demanda, um grupo, o qual buscava respostas em aspectos coletivos, e até mesmo do território, e não apenas individuais. Experiência semelhante foi relatada por Jimenez (2011), que diante da grande procura de uma escola para atendimento de crianças e adolescentes, as profissionais (psicóloga, fonoaudióloga e assistente social) utilizaram-se da intervenção grupal na tentativa de compreender o encaminhamento de 120 usuários. No estudo citado, percebeu-se que questões do território atravessavam o relacionamento da escola com as famílias. No caso dos psicólogos residentes, parece que os mesmos têm procurado construir uma visão mais ampliada e complexa dos aspectos que podem vir a influenciar na situação de saúde da população atendida, utilizando-se de alternativas possíveis no território, o que de certa forma é esperado dos profissionais que atuam na atenção básica.

Dessa forma, parece que os participantes procuraram não responder de forma imediata a essa grande demanda. Suas falas apontam para momentos de reflexão e, ao mesmo tempo, certo questionamento acerca desse processo. Assim, os residentes parecem ter conseguido lidar com o desafio da grande demanda para a psicologia de maneira inventiva e sensível, através de uma postura crítica e reflexiva sobre sua atuação.

Nesse sentido, parecem ter se mostrado dispostos a estabelecer uma relação mais próxima com a população, menos superficial e mais resolutiva. A participante (P1) relata que a ideia do grupo era conhecer melhor os adolescentes, suas histórias, seu contexto, *“não só pensando numa lógica de saúde assim, às vezes mais endurecida”*, o que mostra uma postura profissional menos cristalizada e mais adequada a atuação na atenção básica (Lima, 2005). Além disso, ao fazer esse movimento, a psicóloga se aproxima do que é discutido por Moré (2006), a qual considera essencial, para um trabalho em comunidades, conhecer e sentir a história do local, reconhecendo a real demanda, para a partir disso construir possibilidades de intervenção.

Desse modo, parecem utilizar ações da clínica ampliada de modo a sair de sua zona de conforto o que, de certa forma, também influenciou as equipes a se permitir algo novo, já que a maioria das atividades envolvia pelo menos um profissional dos serviços de saúde. Bedrikow e Campos (2015) expressam que a abordagem da clínica ampliada se mostra muito mais potente ao trabalho na atenção básica, já que sem desconsiderar a doença, tem interesse no sujeito e em seu contexto, propondo outras formas de aproximação afora a tradicional, além de possuir objetivos mais abrangentes. Tal definição parece se encaixar no exemplo apresentado, o qual é representativo do conteúdo das entrevistas, visto que este estava a serviço do usuário, mas de maneira não tradicional.

Assim, é preciso destacar que a maneira como os psicólogos participantes lidaram tanto com as cobranças por atendimentos individuais, quanto com a grande demanda para a psicologia acaba por confirmar o modelo de atuação coletiva revelada por estes ao longo do presente estudo. É possível que os entrevistados tenham encontrado no cenário de formação da RMS a possibilidade de organização de uma prática profissional com o *borramento* de algumas certezas e a construção de novos conhecimentos. Nesse sentido, parecem encarar as cobranças não como algo pessoal, mas intrínsecas ao trabalho em equipe, assumindo assim, uma postura mais responsável e comprometida com o trabalho interdisciplinar.

Considerações finais

Este artigo não pretende ser conclusivo a respeito da atuação de psicólogos residentes na atenção básica. Entende-se que os pontos levantados para a discussão das práticas da psicologia no contexto primário de saúde não se esgotam.

A atenção básica ainda se mantém como um cenário complexo e intenso, o qual demanda, além da capacidade técnica e teórica dos profissionais que lá atuam, habilidades para lidar com diferentes profissionais e com um trabalho compartilhado, o que não se constitui tarefa fácil.

Na construção de um conjunto amplo de práticas, percebeu-se uma significativa mudança no modo como os profissionais do presente estudo concebem o papel do psicólogo na atenção básica. Tal entendimento, não restrito a aspectos intra-individuais, volta-se para ações ampliadas, interdisciplinares e que, de alguma forma, parecem provocar certa desacomodação nas equipes de saúde, visto que escapam do esperado para o psicólogo, sempre tão voltado a uma perspectiva individual. Esse movimento parece ser fortalecido pelo

importante espaço de aprendizagem das Residências Multiprofissionais em Saúde, nos quais o entendimento ampliado de saúde e o trabalho interdisciplinar ganham força.

Dito isto, compreende-se que o desafio específico da psicologia na atenção básica, de sair de um modelo individual para um trabalho mais coletivo, está, aos poucos, sendo superado. Assim, através de uma diversidade de ações, os psicólogos têm buscado sair de sua zona de conforto, do lugar seguro que por tanto tempo foi valorizado e reproduzido por profissionais que não se sentiam estimulados ou subsidiados a construir práticas mais contextualizadas, ao mesmo tempo em que não questionavam a simples transposição de ações. Entende-se que a Residência possui papel fundamental nessas importantes mudanças que vem ocorrendo na atuação de psicólogos na atenção básica, pois ao oferecer suporte, teórico e prático, e segurança institucional tem possibilitado ao profissional da psicologia espaços de experimentação e de criatividade, tão distantes do modelo tradicional.

Assim, esse modo inventivo presente nas falas dos participantes, tanto no que diz respeito a forma como lidam com as cobranças ou mesmo com a grande demanda para a psicologia parece responder melhor a esse contexto do que aquela antiga postura de um profissional isolado em uma sala, não disposto ao novo. Entende-se que ser residente é um pouco isso. Os residentes da psicologia desafiaram a equipe a sair da lógica, estando abertos a novos caminhos e a construção de algo conjunto.

Nesse sentido, trataram de pensar a psicologia através de diferentes aspectos, construindo um conhecimento mais próximo dos usuários, privilegiando assim, o acesso a práticas mais condizentes as necessidades e aos interesses da população. Por fim, salienta-se a importância do desenvolvimento de outros estudos, em outros contextos da realidade brasileira, para que as questões aqui apresentadas possam ser melhor compreendidas, de modo a fortalecer uma prática psicológica mais alinhada aos pressupostos da atenção básica e os objetivos e desafios da Residência Multiprofissional.

Referências

Archanjo, A. M., & Schraiber, L. B. (2012). A Atuação dos Psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 21(2), 351-363.

Bastos, A. V. B., Gondim, S. M. G., & Borges-Andrade, J. E. (2010). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nestas últimas décadas? In O. H. Yamamoto, & A. L. F. Costa (Orgs.), *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil* (pp. 255-271). Natal, RN: EDUFRN.

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bedrikow, R., & Campos, G. W. de S. (2015). *A História da Clínica e a Atenção Básica: o desafio da ampliação* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.

Boarini, M. L. (2008). O psicólogo e a Unidade Básica de Saúde: o desvio de rumo. In A. V. Zanella et al.(Orgs.), *Psicologia e práticas sociais* (pp.376-387), [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 out 2015.

Bock, A. M. B. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*, 4(2), 315-329.

Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 30(3), 634-649.

Brasil. (2011). *Portaria nº 2.488* (2011, 21 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. (2012a). *Resolução nº 2* (2012, 13 de abril). Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192

Brasil. (2012b). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/2012* (2012, 12 de dezembro). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética.

Brasil. (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510/2016* (2016, 07 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Bioética.

Carvalho, D. B., Yamamoto, O. H. (2002). Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicologia para a América Latina*, 1, 1-12.

Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2009). A Prática do Psicólogo em Saúde Coletiva: Um Estudo no Município de Fortaleza (CE), Brasil. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 29(1), 60-73.

Cezar, P. K., Rodrigues, P. M., & Arpini, D. M. (2015). A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 35(1), 211-224.

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 32 [número especial], 232-245.

Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, A. C. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In A. M. C. Guerra, J. O. Moreira (Org.), *A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: CRV.

Gomes, R. (2012). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In S. Deslandes, R. Gomes, & M. C. S. Minayo (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 79-108). Petrópolis: Vozes.

Jimenez, L. (2011). Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 129-139.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.

Meira, M. do A., & Silva, M. L. da. (2011). Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(3), 369-376.

Minayo, M. C. de S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9a ed.). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.

Moré, C. L. O. O. (2006). *A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nepomuceno, L. B., & Brandão, I. R. (2011). Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Caminhos Percorridos e Desafios a Superar. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 31(4), 762-777.

Pasini, V. L. (2010). *Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS* (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4833>

Pasini, V. L. (2013). A inserção de psicólogos em Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde: formar multidisciplinarmente e titular em área de especialidade de núcleo profissional? In A. M. C. Ximendes, C. dos Reis, & R. W. de Oliveira (Orgs.),

Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias (pp. 281-295). Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: [s. ed.].

Romagnoli, R. C. (2006). A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2).

Romagnoli, R. C. (2009). Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 525-536.

Sebastiani, R. W. (2000). Histórico e evolução da psicologia numa perspectiva Latino Americana. In V. A. Angerami-Camon, *Psicologia da saúde* (pp. 201-222). São Paulo: Pioneira.

Soares, T. C. (2005). “A Vida é Mais Forte do que as Teorias” O Psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 25(4), 590-601.

Spink, M. J. (2003). *Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.

Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yamamoto, O. H., Câmara, R. A., Silva, F. L., & Dantas, C. M. B. (2001). Espaços, práticas: o que há de novo na psicologia no Rio Grande do Norte? *Psicologia em Estudo*, 6(2), 65-72.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa que originou essa dissertação teve como objetivo compreender a prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica. Para tanto, se efetuou uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, a qual apresentou como perspectiva epistemológica a fenomenologia, visto a compreensão que as práticas construídas e desenvolvidas pelos psicólogos residentes na atenção básica guardam relação com os diferentes aspectos que organizam esse nível de atenção à saúde.

Ao finalizar este estudo, percebeu-se de modo mais claro que para além de uma estratégia de formação de profissionais para o trabalho no SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde tem o importante desafio da quebra de paradigmas há muito tempo instituídos no âmbito da saúde. Destaca-se que a RMS foi apontada pelos participantes como um ambiente de aprendizagem que lhes permitiu experimentar conhecimentos e situações do cotidiano do sistema público de saúde, os quais parecem não ter tido a reflexão e a problematização necessária na graduação.

Da mesma forma, a proposta de formação em serviço foi ressaltada pelos psicólogos, os quais apontaram o cenário da RMS como um lugar para aprender, o qual permitiu erros, novas tentativas e a construção e reformulação de ideias. Nesse sentido, enaltecera a proposta de trabalho em equipe, entendendo que é preciso transpor as dificuldades, vislumbrando pequenas brechas para compor com outros profissionais.

Também foram constatadas fragilidades nessa formação. A questão da carga horária de 60 horas foi assinalada como excessiva, já que estaria dificultando os residentes de refletir sobre suas ações. Frente a essa questão, entendeu-se ser necessária uma maior discussão sobre esse aspecto, visto que um dos objetivos da RMS volta-se para a formação de profissionais críticos e reflexivos, o que pode estar sendo comprometido pelo estabelecimento de uma lógica acumulativa de aprendizagem.

No que diz respeito a relação do residente multiprofissional com a equipe de saúde, foram identificados a falta de entendimento sobre o papel e o lugar do residente nos serviços, além de sentimentos de desvalorização e de possessividade. Nesse sentido, pontuou-se para a importância dos Programas estarem atentos a essa relação, dialogando com os campos de atuação para que a formação em serviço não fique prejudicada.

Cabe ressaltar algumas questões que apareceram nas falas dos residentes, as quais podem vir a contribuir para a melhor compreensão desse cenário de formação. A primeira

delas diz respeito ao fato dos residentes terem apontado que, muitas vezes, era difícil fazer uma articulação das temáticas das aulas teóricas com o que estava sendo vivenciado no cotidiano de trabalho, o que deixava essa parte um pouco sem sentido.

Outro aspecto apontado pelos entrevistados foi o importante apoio dos colegas residentes tanto na construção de projetos e atividades, quanto frente as dificuldades e desafios dessa formação. Segundo os participantes, esse suporte fez grande diferença no processo de aprendizagem, proporcionando importantes trocas, diálogo e ensinamentos.

É necessário destacar que a relação com o profissional preceptor/tutor da psicologia não apareceu de modo expressivo nas falas dos participantes, apesar da presença diária de alguns desses profissionais junto aos residentes. Esse dado chama a atenção já que ao contar com a presença de um psicólogo fixo no serviço a aproximação com o residente da psicologia deveria acontecer de maneira natural. Refletindo acerca do processo de formação, é interessante a presença do profissional do mesmo núcleo para que o residente possa se espelhar em suas ideias e ações, principalmente quando o núcleo, como é o caso da psicologia, não faz parte da equipe mínima da atenção básica e enfrenta o desafio de consolidação de seu trabalho nesse contexto.

O estudo apresentou como desafios atuais da Residência, profissionais residentes que tenham um perfil não alinhado a proposta da RMS, assim como egressos que venham a desenvolver práticas incompatíveis com os princípios do SUS. Frente a isso, entendeu-se ser necessário que as Residências possam refletir sobre esses desafios, visto o atual cenário do mercado de trabalho no país.

Outro objetivo do presente estudo buscou identificar se a formação profissional recebida pelos psicólogos na graduação foi condizente com as exigências do trabalho na atenção básica, visto que tal questão poderia contribuir para a construção, ou não, de práticas mais condizentes com esse cenário. Assim, foi possível visualizar, a partir dos depoimentos, movimentos dos cursos de graduação no sentido de oferecer um ensino mais alinhado a diversificação dos cenários de atuação dos psicólogos, em especial para a área da saúde, através da inclusão de disciplinas voltadas para o SUS, Saúde Coletiva e Políticas Públicas, assim como experiências práticas junto aos serviços públicos de saúde. Contudo, os participantes revelam um processo inacabado e que ainda precisa de investimento por parte das instituições de ensino.

Nesse sentido, identificou-se que mais do que a inclusão das disciplinas, é preciso atentar para a forma como essas temáticas serão trabalhadas dentro dos cursos de psicologia, já que professores identificados com as propostas do SUS podem exercer um importante papel

na aproximação dos acadêmicos com esse cenário. Outro aspecto que teve destaque foi a valorização da disciplina de grupos, a qual parece ter pouca evidência nas grades curriculares, mas que cumpre função fundamental no trabalho dos psicólogos inseridos na atenção básica.

Também foi ressaltada a aproximação da RMS com a graduação, como forma de intensificar as mudanças nos modos de pensar o cuidado à saúde dentro dos cursos de psicologia, valorizando a articulação da teoria com a prática e a participação do psicólogo na consolidação do SUS.

Em relação às práticas psicológicas desenvolvidas pelos residentes no contexto da atenção básica, identificou-se a construção de um amplo conjunto de ações e uma mudança significativa no modo como os profissionais do presente estudo compreendiam o papel do psicólogo na atenção básica. Tal entendimento não estava restrito a aspectos intra-individuais, voltando-se para ações ampliadas, interdisciplinares e que, de alguma forma, escapavam do esperado para o psicólogo, sempre tão voltado para o atendimento individual.

Nesse sentido, pode-se inferir que o desafio específico da psicologia na atenção básica, de sair de um modelo individual para um trabalho mais coletivo, parece estar, aos poucos, sendo superado. Compreendeu-se que a Residência possui papel fundamental nessas importantes mudanças que vem ocorrendo na atuação de psicólogos na atenção básica, já que ao oferecer suporte, teórico e prático, e segurança institucional tem possibilitado ao profissional da psicologia espaços de experimentação e de criatividade, tão distantes do modelo tradicional.

Destacou-se que a maneira inventiva como os psicólogos residentes lidavam com as cobranças, e mesmo com a grande demanda para a psicologia parecia responder melhor ao contexto da atenção básica do que aquela antiga postura de um profissional isolado em uma sala, não disposto ao novo. Percebeu-se que ser residente é um pouco isso. Os residentes da psicologia desafiaram a equipe a sair da lógica, estando abertos a novos caminhos e a construção de um conhecimento conjunto.

Concluiu-se que os objetivos dessa dissertação foram atingidos de maneira satisfatória. Entretanto as possibilidades de compreensão da prática profissional de psicólogos, vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da atenção básica, não se esgotaram com esse estudo, tendo em vista a complexidade dessa questão e os desafios que ainda se fazem presentes.

Salienta-se que ao apostar na produção de conhecimento entrelaçando teoria e prática, as Residências vislumbram mudanças no perfil dos profissionais da saúde e consequentemente no modo como a saúde vem sendo pensada e produzida no cotidiano do

SUS. Contudo, para que essas mudanças sejam concretizadas é necessário que os residentes estejam cientes do importante lugar que ocupam diante da melhoria e da qualificação do sistema público de saúde.

Cabe ressaltar que a presente pesquisa apresenta resultados que dizem respeito às práticas profissionais desenvolvidas por psicólogos nas ênfases Atenção Básica em Saúde Coletiva, e Saúde da Família e Comunidade (SFC), de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de um município específico. Deste modo, pode-se pensar que há outras perspectivas em relação às práticas psicológicas na atenção básica, que poderão ser desveladas em estudos com residentes de outros Programas e/ou outras regiões do país, visto que não se objetivou generalizar os resultados apresentados.

Por fim, ressalta-se que este estudo buscou contribuir com a discussão acerca das práticas psicológicas na atenção básica, no contexto da Residência Multiprofissional, e se faz necessário que haja outras reflexões a respeito desta temática. Como sugestão, entende-se ser importante que outros estudos possam abarcar profissionais da psicologia, preceptores dos serviços, os quais possuem contato com os residentes, a fim de compreender possíveis contribuições que a presença da RMS nos serviços tem exercido, ou não, nas práticas de tais profissionais, visto que a consolidação do trabalho do psicólogo na atenção básica passa pela valorização de práticas mais condizentes com o contexto.

REFERÊNCIAS

ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A Atuação dos Psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 351-363, 2012.

ARMANI, T. B. **Formação de sanitaristas**: cartografias de uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva. 2006. 206 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BALDISSEROTTO, J. et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 355-373.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOARINI, M. L. O psicólogo e a Unidade Básica de Saúde: o desvio de rumo. In: ZANELLA, A.V. et al.(orgs.). **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008, p. 376-387. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 out 2015.

BOCK, A. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, v.4, n. 2, p. 315-329, 1999.

BÖING, E., CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, 2012b.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica. Portal da Saúde. **Histórico da Cobertura da Saúde da Família**. 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 12 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510/2016 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Bioética, 2016.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 121-142.

CARVALHO, D. B., YAMAMOTO, O. H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. **Psicologia para a América Latina**, v.1, p. 1-12, 2002.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. de. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 211-224, 2015.

CLEMENTE, A. et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.176-184, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 016, de 20 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos. Brasília, 2000.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-82, 1998.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v.5, n. 1, p. 95-121, 2000.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez, 2001.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: SPINK, M. J. P. (org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 207-232.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32 (num. esp.), p. 232-245, 2012.

FERIOTTI, M. de L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 2, n. 6, p. 113-219, 2009.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (org.). **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**, Curitiba: CRV, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREIRE, F. M. de S.; PICHELLI, A. L. W. S. Princípios Norteadores da Prática Psicológica na Atenção Básica: Em Busca da Integralidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 840-853, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 64-89.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 79-108.

GOMES, A. M. de A. et al. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.1, p.143-152, 2008.

GOMES, D. C. R. (org.). **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia, 1997.

GOYA, A. C. A.; RASERA, E. F. A Atuação do psicólogo nos Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde em Uberlândia, MG. **Horizonte Científico**. 2010. Recuperado em 12 de out de 2015 em <<http://www.horizontecientifico.propp.ufu.br/>>

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Institucional**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)**. Porto Alegre, RS, 2009. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/RIS/Projeto%20Politico%20Pedaggico%20RIS-GHC-final.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual do Residente 2014**. Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/RIS/Manual%20do%20Residente%202014.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez, 2005.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional: Transdisciplinaridade, Núcleo Profissional e Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n.1, p.126-141, 2012.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BALDUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012.

LOCH – NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família**: um estudo de caso. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

MEIRA, M. do A.; SILVA, M. L. da. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 369-376, 2011.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, L. C. et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. **Rev. SBPH**, v.14 n.1, Jan/Jun, 2011.

MENDONÇA, C. M. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl. 1), p. 1493-1497, 2009.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção em saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 09-29.

MORAIS, J. L.; CASTRO, E. S. A. de; SOUZA, A. M. A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 3, p. 389-401, dez, 2012.

MULLER, M. C.; HAAG, C. B.; SILVA, J. D. T. da. A Residência Integrada em Saúde: Dermatologia Sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da Psicologia. **Bol. da Saúde**, v. 15, n. 1, 2001.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PIZZINATO, A. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Rev. bras. educ. med.**, v. 36, supl. 2, p. 170 – 177. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria nº 71, de 06 de dezembro de 2002**. Aprova o Regulamento do Programa de Residência Integrada em Saúde, da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, na sua íntegra, homologando o mesmo, Porto Alegre, RS, 2002. Disponível em:

<<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1194/portaria-n%EF%BF%BD-71-2002-?-de-06-de-dezembro-2002>>. Acesso em 15 ago. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Plano de Desenvolvimento Institucional** – PDI 2014-2018/Escola de Saúde Pública. Porto Alegre, 2014. Disponível em: < http://www.esp.rs.gov.br/upload/1418144065_PDI%20-%202008%20dez%202014.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

ROMAGNOLI, R. C. A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 2. **São João del-Rei**, dez. 2006.

ROMAGNOLI, R. C. Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**., São Paulo, v.18, n.3, p. 525-536. 2009.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia numa perspectiva Latino Americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Ed.). **Psicologia da saúde**, São Paulo: Pioneira, 2000. p. 201-222.

SILVA, C. G. C. da; SERRALHA, C. A.; LARANJO, A. C. S. Análise da demanda e implicação dos pais no tratamento infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 281-291 abr./jun. 2013.

SOARES, T. C. “A Vida é Mais Forte do que as Teorias” O Psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 4, p. 590-601. 2005.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 25-51.

SPINK, M. J. P. et al. A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: SPINK, M. J. P. (org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 53-79.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de Dissertações e Teses da UFSM: estrutura e apresentação**. Ed. UFSM, 2015.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-561.

YAMAMOTO, O. H. et al. Espaços, práticas: o que há de novo na psicologia no Rio Grande do Norte? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 65-72, jul./dez. 2001.

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Eloá Rossoni, Coordenador(a) do Serviço/Responsável pela área de Residência Integrada em Saúde, conheço o protocolo de pesquisa intitulada “Práticas psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em Residência Multiprofissional em Saúde”, desenvolvida por Patrícia Matte Rodrigues, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que a pesquisadora não interferirá no fluxo normal deste serviço. Autorizo, também, através deste, o acesso aos prontuários dos sujeitos definidos, para fins exclusivos da pesquisa acima nominada, tendo a garantia da confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos.

A coleta só terá início após o parecer de aprovação do Comitê de Ética conforme diretrizes e normas da Resolução CNS 466/12.

Eloá Rossoni
Assinatura e carimbo
ELOÁ ROSSONI
MAT. 1426338-1
Coordenação
Residência Integrada em Saúde
Escola de Saúde Pública - SES/RP

ELOÁ ROSSONI
Nome do Coordenador(a) do Serviço

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2015.

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do participante

Nome:

Idade:

Sexo:

Instituição de Ensino Superior:

Ano da graduação:

Possui outra especialização:

Formação Acadêmica

- 1) Durante sua graduação você teve disciplinas que abordavam o Sistema Único de Saúde (por exemplo: Saúde Pública/Políticas Públicas):
- 2) Quais estágios você desenvolveu em sua formação? Foi uma escolha sua ou algo institucional:
- 3) Você participou de algum projeto ou curso que envolvesse a temática da saúde/Sistema Único de Saúde:
- 4) Você considera que a sua formação forneceu subsídios para o trabalho na Atenção Básica/Sistema Único de Saúde:

Experiência Profissional

- 1) Experiência profissional anterior a Residência Multiprofissional em Saúde:
- 2) Área de atuação:
- 3) Tempo de atuação:

Percepção sobre o trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde

- 1) Motivo da escolha por realizar a Residência Multiprofissional em Saúde:
- 2) Motivo da escolha pela ênfase (Saúde da Família e Comunidade; Atenção Básica em Saúde Coletiva):
- 3) Caracterização do local de trabalho dos residentes (ESF, UBS...);

- 4) Já havia psicólogo no local (residente ou não); como ocorreu a inserção? Foi realizado um diagnóstico inicial?
- 5) Atividades que você desenvolve na Unidade de Saúde (individuais e coletivas):
- 6) Quais demandas chegam até você? Como os usuários chegam até você (encaminhados? espontâneos?); Qual profissional ou serviço que (mais) encaminha?
- 7) Você poderia descrever como a equipe se organiza quando chega um caso de saúde mental na Unidade:
- 8) Existe alguma articulação de suas atividades com a de outros profissionais e serviços da rede?
- 9) Você poderia descrever alguma atividade que você realizou que considere gratificante no seu trabalho:
- 10) Você sente algum tipo de cobrança da equipe ou da população para o desenvolvimento de uma atividade específica?
- 11) Você poderia descrever como é feito o registro de suas atividades no sistema da rede de saúde do município?
- 12) Encontra dificuldades para desenvolver suas atividades? Se sim, quais?
(Estrutura física, formação, local, registro em prontuário coletivo); Consegue conversar com a equipe sobre isso?
- 13) Sua equipe é composta por quais profissionais:
- 14) Como você vê a perspectiva de trabalho em equipe:
- 15) A Residência Multiprofissional em Saúde é uma estratégia para aproximar o profissional do trabalho para o Sistema Único de Saúde. Como você vê esse desafio:
- 16) O que a Psicologia teria a contribuir para a melhoria das práticas de atenção à saúde no SUS? Qual seu diferencial?
- 17) Tendo em vista sua trajetória na Residência Multiprofissional em Saúde que características você considera importantes para um psicólogo atuar na Atenção Básica:
- 18) Como você vê o trabalho do psicólogo na Atenção Básica (atuação, papel, importância);
- 19) Na sua opinião, a psicologia é uma profissão que está comprometida com a realidade social brasileira e com a consolidação do SUS?

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “Práticas psicológicas na Atenção Básica: vivências de psicólogos que atuam em Residência Multiprofissional em Saúde”.

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Dorian Mônica Arpini

Endereço: Avenida Roraima, nº 1000, prédio 74B, sala 3208. Cidade Universitária. Bairro Camobi. CEP 97105-900. Santa Maria, RS - Brasil.

Telefone: (55) 3220 9231

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo compreender a prática profissional de psicólogos vinculados a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no contexto da Atenção Básica. Deste modo, convidamos você para integrar nosso estudo, que terá também como participantes outros psicólogos residentes das áreas de ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade. Para a coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas. As entrevistas serão realizadas em locais previamente agendados com você, e serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise do material. O tempo previsto para a realização da entrevista será de uma hora. Ressaltamos que sua identidade, assim como a dos demais participantes, serão mantidas em sigilo, sem identificação de nomes ou outra informação que possam vir a identificá-los. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado por você em duas vias, uma ficando com o pesquisador e a outra com o participante.

Você poderá solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem

que isto lhe traga prejuízo. Considerando a técnica a ser utilizada para a realização da pesquisa, bem como o fato de que esta não tem o objetivo de testar nem experimentar procedimentos novos, julga-se, portanto, a existência de riscos mínimos para você e os demais participantes. Contudo, caso sejam identificadas situações, durante a realização da entrevista, de desconforto psicológico, a pesquisadora responsabilizar-se-á por avaliar a situação e, se houver necessidade de atendimento psicológico, fará o encaminhamento a um serviço público de saúde mental, sendo identificado juntamente com o participante aquele que melhor atender as necessidades. Os benefícios deste estudo podem advir da disponibilidade de escuta oferecida pela pesquisadora e pela reflexão oportunizada acerca da prática do psicólogo nesse contexto. Todo material desta pesquisa será mantido em sigilo no Departamento de Psicologia da UFSM, situado na Avenida Roraima, nº 1000, Prédio 74B, CCSH, sala 3208, Campus Universitário, sendo destruído após cinco anos da realização das entrevistas. Agradecemos sua colaboração para a realização desta pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof^ª Dr^ª Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220 9231, e a pesquisadora Patrícia Matte Rodrigues - fone (55) 99358319. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética – Cidade Universitária – Bairro Camobi – Santa Maria, RS – Telefone (55) 3220-9362. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas também pode ser realizado contato com o Coordenador-geral do Comitê de Ética em pesquisa do GHC, Daniel Demétrio Faustino da Silva, pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Data: ____/____/____

Participante

Responsável do Projeto